Załącznik nr 3 do SWZ

Znak sprawy: ADM-ZP.272.1.6.2024

**Zamawiający:**

**Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Lublinie**

**20-708 Lublin, ul. Pielęgniarek 6**

**NIP : 712-19-31-787 REGON : 000293143**

**Wykonawca/Wykonawcy/Podmiot udostępniający zasoby:**

………………………………………………………..…………………………………………………

Nazwa (Firma) Wykonawcy/Wykonawców/ Podmiot udostępniający zasoby:

……………………………………………………………………………………………………………

Adres Wykonawcy/Wykonawców/ Podmiotu udostępniającego zasoby:

……………………………………………………………………………………………………………

NIP: ………………………, REGON: ………………….

**OŚWIADCZENIE**

**składane na podstawie art. 125 ust.1 ustawy Pzp**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**ORAZ BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA**

I. Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Opracowanie Dokumentacji Projektowej Przebudowa budynku „A” Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Lublinie przy ulicy Pielęgniarek 6 dla zadania inwestycyjnego „Adaptacja pomieszczeń budynku „A” Wojewódzkiej Stacji Sanitarno- Epidemiologicznej w Lublinie na cele działalności statutowej”,**

prowadzonego w trybie podstawowym – art. 275 pkt 1 ustawy Pzp przez*,* oświadczam/y, co następuje:

**II. Oświadczam, że:**

* **podlegam**
* **nie podlegam\***

wykluczeniu z udziału w postępowaniu na podstawie przepisu:

1. art. 108 ust. 1 Pzp,
2. art. 109 ust. 1 pkt 4), 7), 10 Pzp – w zakresie jakim wymagał tego Zamawiający w SWZ
3. art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**\* - zaznacz właściwe**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOT. SPEŁNIENIA WARUNKÓW**

I. Oświadczam, że:

* spełniam warunki
* nie spełniam warunków\*

udziału w postępowaniu wskazane przez zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia (SWZ),

**\* - zaznacz właściwe**

**INFORMACJE NA TEMAT PODMIOTÓW UDOSTĘPNIAJĄCYCH ZASOBY**

I. Oświadczam, że w celu spełnienia warunków udziału w postepowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/-ów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Dane podmiotu udostępniającego zasoby** | **Zakres zasobów podmiotu trzeciego, na których polega Wykonawca** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Wykonawca oświadcza, że Zamawiający może uzyskać dokumenty za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych:

❍ Tak

❍ Nie

URL - …………………….

Wydający – …………….

 Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**DOKUMENT NALEŻY SPORZĄDZIĆ I ZŁOŻYĆ w formie elektronicznej podpisanej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę/y uprawnioną/e do reprezentowania Wykonawcy.**