**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Wykonawcy / każdego z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia**

**(składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy)**

Nazwa

Siedziba …………………………………………………………………. Województwo ………………………………………………………………………..

REGON …………………………………. NIP ……………………..…….…… KRS …………………………………

e-mail ………………………….…………………….. nr telefonu

Reprezentowany przez:

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

(imię, nazwisko)

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

(podstawa do reprezentacji)

W odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu pn.:

**Wykonanie systemu kontroli dostępu do budynku Wydziału Nauk o Zdrowiu PUM w Szczecinie przy ul. Żołnierskiej 48**

oświadczamy, że Wykonawca, którego reprezentujemy spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w Rozdziale VI ust. 3 i 4 Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**Uwaga !**

**Należy podpisać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*

*Sposób podpisania oferty przez osoby uprawnione do reprezentacji wykonawcy albo pełnomocnika:*

*- kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*- przy użyciu profilu zaufanego*

*- przy pomocy dowodu osobistego z warstwą elektroniczną*