**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**17 WOJSKOWY ODDZIAŁ GOSPODARCZY**

ul. 4 Marca 3

75-901 Koszalin

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie **„Wykonywanie usług i świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny pracy (profilaktyczne badania lekarza medycyny pracy, konsultacje specjalistyczne, badania diagnostyczne i laboratoryjne) dla żołnierzy i pracowników wojska   
17 Wojskowego Oddziału Gospodarczego (17 WOG) oraz Jednostek Wojskowych i instytucji przydzielonych na zaopatrzenie (2 zadania)”**- numer postępowania 29/WOG/U/IMed./21

**-** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale 17 SWZ.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w rozdziale 17 SWZ*,* polegam na zasobach następującego/ych  podmiotu/ów: ………………………………………………………...............................................................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….w  następującym  zakresie: ………………………………………………………………………………………………….

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

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

*Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*