**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Podmiot udostępniający zasoby:**

………………………………………………………………

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

**17 WOJSKOWY ODDZIAŁ GOSPODARCZY**

ul. 4 Marca 3

75-901 Koszalin

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

### W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„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/-y, że reprezentowany przeze mnie/przez nas podmiot, udostępniający  Wykonawcy  zasób  w  postaci:

### …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp;
2. nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4- 5 i 7 ustawy Pzp;
3. spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w specyfikacji warunków zamówienia w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na te zasoby.

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