### Załącznik nr 3 do SWZ Numer sprawy MCZ/TPsm/2023

**Wykonawca:**

……………………………….………….……………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………..………………………………..………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenia wykonawcy**

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

 Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

1. **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Dostawę sprzętu medycznego jednorazowego użytku w podziale na grupy” prowadzonego przez Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej*,*

oświadczam, co następuje:

oświadczam/my, że **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

oświadczam/my, że **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4, 5, 7

\*Oświadczam/y, że **zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia**
z postępowania na podstawie art. ……..…ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt. 1, 2 i 5).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
\* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić

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 przedstawieniu informacji.

………………….……., dnia ………….……. r.
*(miejscowość),*

…………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)*

1. **DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Dostawę sprzętu medycznego jednorazowego użytku w podziale na grupy” prowadzonego przez Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej*,*oświadczam, co następuje:

**Oświadczam/my**\*, że **spełniam/my\*** warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale XV SWZ, dotyczące **zdolności technicznej lub zawodowej**,

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 przedstawieniu informacji.

………………….……., dnia ………….……. r.
*(miejscowość),*

…………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)*