**Zał. Nr 2**

**Zamawiający:**

**PRZYCHODNIA LEKARSKA Wojskowej Akademii Technicznej**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**01-480 Warszawa ul. Kartezjusza 2**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **Nr ZP 05/2024** pn.

**Dostawa szczepionek do Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ w Warszawie**

oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w  SWZ

*(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

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

 …………………………………………

 *(podpis)*

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

1. Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ Rozdział VIII ust. 1 pkt 2 lit. b

polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………….

..………………………………………………………………………

……………………………………….……………………………..,

w następującym zakresie: …………………………………………

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

1. **Łącznie z niniejszym oświadczeniem, składam oryginał zobowiązania tych podmiotów do oddania mi do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia łącznie z opisem:**

1) zakresu udostępnionych Wykonawcy zasobów innego podmiotu;

2) sposobu wykorzystania zasobów innego podmiotu, przez Wykonawcę, przy wykonywaniu zamówienia publicznego;

3) zakresu i okresu udziału innego podmiotu przy wykonywaniu zamówienia publicznego;

4) czy podmiot, na zdolnościach którego Wykonawca polega w odniesieniu do warunków udziału w postępowaniu dotyczących wykształcenia, kwalifikacji zawodowych lub doświadczenia, zrealizuje usługi, których wskazane zdolności dotyczą.

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

 …………………………………………

 *(podpis)*

**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.

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

 ………………………………………… *(podpis)*