**ZAŁĄCZNIK NR 3 do SWZ**

**UCS/ZP/08/21**

***Uniwersyteckie Centrum Stomatologii***

*ul. Doktora Witolda Chodźki 6*

*20-093 Lublin*

**Wykonawca:**

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

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

**reprezentowany przez:**

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

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

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY - SKŁADANE WRAZ Z OFERTĄ NA PODSTAWIE ART. 125 UST. 5 PZP**

W związku z zobowiązaniem się do oddania do dyspozycji na rzecz wykonawcy tj.:

*..........................................................................................................................................................................................................................................*

*(nazwa i adres Wykonawcy, któremu zostanie udostępniony potencjał)*

na potrzeby realizacji zamówienia publicznego pod nazwą

**Dostawa preparatów do dezynfekcji**

oświadczam(y), co następuje:

Oświadczam, że w zakresie w jakim udostępniam zasób spełniam(y) warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdz. XI ust. 1 pkt. 2) specyfikacji warunków zamówienia

Oświadczam , że jako podmiot udostępniający zasób nie podlegam(y) wykluczeniu   
z postępowania na podstawie:

* art. 108 ust. 1 Pzp oraz art. 109 ust. 1 pkt. 4) Pzp

**UWAGA:** oświadczenie należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej do działania w imieniu podmiotu udostępniającego zasoby.