

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny

Zakład Opieki Zdrowotnej

ul. 3 Maja 2

87 – 500 Rypin

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 z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych, dotyczące

SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

W przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

Dostawa środków dezynfekcyjnych z podziałem na 12 pakietów

prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie
Oświadczam, że na dzień składania ofert spełniam warunki udziału
w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Dziale V Specyfikacji Warunków
Zamówienia.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

..... (miejscowość), dnia r.

.....
kwalifikowany podpis elektroniczny,
podpis zaufany lub podpis osobist.
osoby/ osób/ upoważnionej/ych

UWAGA:

Niniejszy dokument składają wraz z ofertą wszyscy Wykonawcy biorący udział w postępowaniu.

W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenie potwierdza spełnianie warunków udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu.