**Załącznik Nr 3 do SWZ/ZP/TP – 1/2022**

 **Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zakład**

**Opieki Zdrowotnej**

**w Rypinie**

**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 WARUNKÓWUDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

W przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**DOSTAWA LEKÓW I INNYCH PREPARATOW LECZNICZYCH Z PODZIAŁEM NA 15 PAKIETÓW**

prowadzonym przez SP ZOZ Rypin

Oświadczam, że na dzień składania ofert spełniam warunki udziału
w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Dziale X 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 osobisty*

 *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.*

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

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

Prawo zamówień publicznych, dotyczące

**PRZESŁANEK WYKLUCZENIAZ POSTĘPOWANIA**

W przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**DOSTAWA LEKÓW I INNYCH PREPARATOW LECZNICZYCH Z PODZIAŁEM NA 15 PAKIETÓW**

prowadzonym przez SP ZOZ w Rypinie

Oświadczam, że na dzień składania ofert nie\* podlegam wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

Oświadczam, że na dzień składania ofert nie\* podlegam wykluczeniu na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.

***\* niepotrzebne skreślić***

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia z art. 108 ust. 1 lub spośród wymienionych z art. 109 ust. 1 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w przedmiotowym postępowaniu są aktualne
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 osobisty*

*osoby/ osób/ upoważnionej/ych*

***UWAGA:***

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