Załącznik nr 2.2 do SWZ

……………………………………………………

*pełna nazwa/firma, adres Wykonawcy*

*ubiegającego się o udzielenie zamówienia*

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019r.  Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)  **DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** |

**Przystępując do postępowania nr ZP/10/2024 w trybie podstawowym bez przeprowadzenia negocjacji na świadczenie usługi transportu medycznego między lokalizacjami Szpitala do reanimacji pacjenta**

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ, dotyczące uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej 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.

Podpisano podpisem elektronicznym przez osobę/y uprawnioną/e

do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców wspólnie

ubiegających się o udzielenie zamówienia