*Załącznik nr 3A do SIWZ*

**Wykonawca:**

........................................................

........................................................

.......................................................

(pełna nazwa/firma, adres, adres e-mail)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r Prawo zamówień publicznych

 **dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Odpowiadając na ogłoszenie o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego w przedmiocie: „*Dostawa stanowiska - unitu stomatologicznego dla Gabinetu Stomatologicznego zlokalizowanego w Szkole Podstawowej Nr 3
 w Zielonce przy ulicy Wilsona 34/36 dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej- Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Zielonce”*

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego.

....................................... dnia .........................

 *(miejscowość) (data)*

 ***……………………………………………..
 Podpis Wykonawcy***

 *lub upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy*

**Informacja w związku z poleganiem na zasobach innych podmiotów**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w…………………………………… *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………….

..……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………….., w następującym zakresie: …………………………………………

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

…………….……. *(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)*