**Załącznik nr 3 A do SWZ**

**SP ZOZ w Sejnach**

**ul. dr E. Rittlera 2**

**16-500 Sejny**

**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 2019r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako ustawa Pzp),

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:………………………….. ….…………………………………….…………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………

prowadzonego przez SP ZOZ w Sejnach, oświadczam, co następuje:

1. **W ZAKRESIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZACE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdz. 9 SWZ „INFORMACJA O WARUNKACH UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU.

…………….……………..*,* dnia ………….……. r.

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

*(upoważniony przedstawiciel Wykonawcy (Wykonawca)*

**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.

………..…………………………….

Data, kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty