**SZPITAL POWIATOWY W RYKACH**

Strona1

**SPÓŁKA Z O.O.**

ul. Żytnia 23, 08-500 Ryki

NIP: 5060118185 REGON: 382358228

tel. 533 327 028

*Załącznik nr 3*

Nr sprawy: ZP/SZP/14/2021

**Zamawiający:**

*Szpital Powiatowy w Rykach Sp. z o.o.  
 08-500 Ryki, ul. Żytnia 23*

**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 (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego  
pn. ***Dostawa leków*** prowadzonego przez Szpital Powiatowy w Rykach  
Sp. z o.o.*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu dla przedmiotowego postępowania.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*

*c.d. Załącznik nr 3*

**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)*