**SZPITAL POWIATOWY W RYKACH  
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/02/2023**

**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 O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych dotyczących usług z zakresu teleradiologii dla Szpitala Powiatowego w Rykach Sp z o.o.”**

prowadzonego przez Zamawiającego, oświadczam, co następuje:

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego**

.............................., dnia .......-......-2021 r. .................................................

(podpis Wykonawcy/Wykonawców)