*Załącznik nr 3*

ZP/SZP/06/2023

**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**

**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 środków dezynfekcyjnych  
dla Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o”***

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.

**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*