Nr sprawy: OI/KI.2232.2.2.2023.MA Załącznik nr 6 do SWZ

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

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

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

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

 **Prawo zamówień publicznych, zwanej dalej ustawą Pzp**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU
ORAZ BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego znak sprawy **OI/KI.2232.2.2.2023.MA** pn.**„Przeprowadzanie konsultacji medycznych, badań diagnostycznych oraz laboratoryjnych na rzecz Zakładu Opieki Zdrowotnej Medycyny Pracy Służby Więziennej w Warszawie”**

oświadczam co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale XXI Specyfikacji warunków zamówienia, w zakresie w jakim Wykonawca powołuje się na moje zasoby oraz, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust.1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4, 5 i 7 ustawy Pzp.

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

**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.

Informacja dla Wykonawcy:

Oświadczenie musi być złożone w formie elektronicznej lub postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy.