**Załącznik Nr 1B do SWZ/ZP/TP - 9/2023**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny**

**Zakład Opieki Zdrowotnej**

**ul. 3 Maja 2**

**87 – 500 Rypin**

**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, dotyczące

**SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZI AŁU W POSTĘPOWANIU**

W przedmiotowym postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

***Dostawa opatrunków z podziałem na 10 pakietów***

prowadzonym przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypinie

Oświadczam, że na dzień składania ofert spełniam warunki udziału   
w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Dziale V Specyfikacji Warunków Zamówienia**.**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w przedmiotowym postępowaniu są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

……...………………………….……………………

*kwalifikowany podpis elektroniczny,*

*podpis zaufany lub podpis osobist.*

*osoby/ osób/ upoważnionej/ych*

***UWAGA:***

*Niniejszy dokument składają wraz z ofertą wszyscy Wykonawcy biorący udział w postępowaniu.*

*W przypadku wspólnego ubiegania się o zamówienie przez wykonawców, oświadczenie potwierdza spełnianie warunków udziału w postępowaniu w zakresie, w jakim każdy z wykonawców wykazuje spełnianie warunków udziału w postępowaniu.*