**EZP.272.44.2023 ZAŁACZNIK NR 4 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Bydgoszczy**

**ul. Kujawska 4**

**85-031 Bydgoszcz**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

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

*w przypadku oferty wspólnej należy wskazać wszystkich Wykonawców*

**Oświadczenie wykonawcy o spełnianiu warunków udziału
w postępowaniu**

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

**„Usługę bezpośredniej ochrony fizycznej obiektu Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Bydgoszczy przy ul Kujawskiej 4”**

Ja, niżej podpisany oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w   SWZ oraz w załącznikach do SWZ.

…………….…………*,* dnia ………….………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

* + - 1. **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego SWZ oraz w załącznikach do SWZ polegam **/ nie polegam\*** *(właściwe zaznaczyć)* na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………...……………………… w następującym zakresie:

…………………………………………………………………………… ………………………………….

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu tj. zdolności techniczne lub zawodowe, sytuacja finansowa lub ekonomiczna,).*

…………….…………*,* dnia ………….……. r. …………………………………………

 *(podpis)*

* + - 1. **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 w tym konsekwencji wykluczenia Wykonawcy.

…………….…………*,* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

 *(podpis)*