**Załącznik Nr 2B do SIWZ**

**Zamawiający:**

Wojskowa Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stargardzie, Aleja Żołnierza 37, 73-110 Stargard

**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. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostosowanie budynku Wojskowej Specjalistycznej Przychodni Lekarskiej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stargardzie do ochrony przeciwpożarowej – instalacja hydrantowa, instalacja sygnalizacyjna przeciwpożarowa, instalacja elektryczna, oddymianie, wykonanie stref pożarowych z klatek schodowych, montaż oświetlenia ewakuacyjnego, oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam/y, że Wykonawca, którego reprezentuję/jemy spełnia warunki udziału   
w postępowaniu określone w Rozdziale V ust. 1 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

..............................., dnia............................. .......................................................................................

(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA** (należy wypełnić, jeżeli Wykonawca przewiduje udział podmiotów trzecich)**:**

1. Oświadczam/y, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych w Rozdziale V ust. 1 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia Wykonawca*,* którego reprezentuję/jemy polega na zasobach następującego/ych podmiotu/ów (podmiot/ty trzeci/cie):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełna nazwa/firma i adres oraz KRS/CEiDG podmiotu trzeciego** | **Wskazanie warunku określonego w Rozdziale V pkt 2, którego dotyczy wsparcie podmiotu trzeciego** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

..............................., dnia ..............................

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

*(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców)*

**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.

…………………………………………

*(podpis)*