**ZAŁĄCZNIK NR 3 a DO SWZ**

**Wykonawca:**

……………………………………………

……………………………

(pełna nazwa/firma, adres,

NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

……………………………………………

……………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa

do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

**Prawo Zamówień Publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Dostawę narzędzi artroskopowych oraz sprzętu optycznego do wykonywania operacji ortopedycznych, dwóch aparatów do EKG oraz aparatu do krioterapii dla SPZOZ w Choszcznie”** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie (ul. M. Niedziałkowskiego 4 a)*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt. VI Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**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.