Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Szpitalna 2
64-600 Oborniki
(pełna nazwa/firma, adres)

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 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **dostawa ambulansu typu C wraz z wyposażeniem – ZPD/09/20** *(nazwa postępowania)*, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Obornikach *(oznaczenie zamawiającego),* oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w przetargu nieograniczonym poniżej 214 000 euro pn. **dostawa ambulansu typu C wraz z wyposażeniem – ZPD/09/20** *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

…… *(miejscowość),* dnia …….…… r.

……
(podpis)

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w ……..…….. *(wskazać dokument i właściwą jednostkę redakcyjną dokumentu, w której określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

……..…….

……..., w następującym zakresie: ……

……

(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).

…… *(miejscowość),* dnia ……..…… r.

……

(podpis)

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)

<u>INFORMACJA czy Wykonawca jest mikroprzedsiębiorstwem bądź małym lub średnim przedsiębiorstwem:</u>

TAK * / NIE *

Mikroprzedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudnia mniej niż 250 osób i którego roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

…… *(miejscowość),* dnia ……..…… r.

……

(podpis)