.....

(pieczęć Wykonawcy)

Oświadczenie Wykonawcy
na podstawie art. 125 ust. 1 PZP

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest:

„Zakup 28 łóżek szpitalnych wraz z osprzętem (materace, wysięgniki, barierki) dla potrzeb prowadzonego przez Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych „Hospicjum" w Gliwicach Hospicjum Miłosierdzia Bożego"

Ja/My niżej podpisany/podpisani:

.....

(imię i nazwisko)

Działając w imieniu i na rzecz Wykonawcy:

.....

(nazwa i adres Wykonawcy)

1. **Oświadczam/y), że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 i 109 PZP.**

..... *(miejscowość),* dnia .....r.

.....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej /-ych do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej do występowania w jego imieniu

2. **Oświadczam/y, że zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia z postępowania spośród wymienionych w SWZ:**

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

(należy wymienić wszystkie podjęte środki naprawcze w tym zakresie)

..... *(miejscowość),* dnia ..... r.

.....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej /-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej do występowania w jego imieniu

3. **Oświadczam/y, iż spełniamy wszystkie warunki udziału w postępowaniu opisane w SWZ.**

.....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej /-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej do występowania w jego imieniu

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTOW:
Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

Nazwy i adresy podmiotów trzecich, na których potencjał się powołuję w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określam w niniejszej tabeli:

Lp.	Nazwa podmiotu trzeciego udostępniającego potencjał i forma prawna	Adres siedziby	NIP lub REGON	Wskazać dokładny zakres udostępnianego przez podmiot trzeci potencjału
1.				
2.				
3.				

w następującym zakresie dla podmiotu pod poz. 1 .....
w następującym zakresie dla podmiotu pod poz. 2 .....
w następującym zakresie dla podmiotu pod poz. 3 .....
(określić odpowiedni zakres - wskazać odpowiedni warunek udziału w postępowaniu określony w SWZ dla wskazanego podmiotu)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI
Oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu ww. informacji.

..... *(miejscowość)*, dnia ..... r.

.....
Podpis(-y) i pieczęć(-cie) osoby(osób) uprawnionej /-ych) do reprezentowania Wykonawcy lub upoważnionej do występowania w jego imieniu

Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych „HOSPICJUM" w Gliwicach
V-CE PREZES ZARZĄDU
lek. med. Leszek Strzeleckt

Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych "HOSPICJUM" w Gliwicach
SEKRETARZ ZARZĄDU
Izabela Żukowska