Załącznik nr 2 do SIWZ SOI COVID II

……………… dn. …………………………2020 r.

*Pieczęć Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE** **SPEŁNIANIA** **WARUNKÓW UDZIAŁU** **W POSTĘPOWANIU**

Zamawiający: **Powiat Pińczowski, ul. Zacisze 5, 28-400 Pińczów**

Wykonawca***:*** *……………………………………………………………………………………………………….….*

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/ KRS/CEIDG*

reprezentowany przez:

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „**dostawa środków ochrony indywidualnej II– Covid-19”**

prowadzonego przez Powiat Pińczowski, oświadczam/my, co następuje1:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA** **WYKONAWCY:**

**Oświadczam/my**, że spełniam/my warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SIWZ w punkcie ……………

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*(miejscowość, dnia) (podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU** **Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

**Oświadczam/my** , że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SIWZ w punkcie …..

polegam/my na zasobach następującego/ych podmiotu/ów w następującym zakresie :

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

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

*……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

*(miejscowość, dnia) (podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE** **PODANYCH INFORMACJI:**

**Oświadczam/my ,** że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia za mawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji .

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  
 *(miejscowość, dnia) (podpis)*

*1.Niepotrzebne skreślić*