Załącznik nr 2 do SWZ SM COVID

……………… dn. …………………………2021 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 sprzętu wspierającego – Covid-19”**

prowadzonego przez Powiat Pińczowski, oświadczam/my, co następuje[[1]](#footnote-1):

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

**Oświadczam/my**, że spełniam/my warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ

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

 *(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 SWZ

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 zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji .

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

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)