***Załącznik nr 4 do SIWZ nr SPZOZ/PN/35/2017***

**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 **na roboty budowlane pod nazwą *„Poprawa bezpieczeństwa zdrowotnego w Regionie Bieszczadzkim poprzez rozbudowę i przebudowę SP ZOZ w Sanoku – ETAP I Blok Operacyjny i Centralna Sterylizatornia",***, prowadzonego przez **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku, ul. 800-lecia 26***,* oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

**Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w pkt. XI Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.**

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w pkt. XI Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………

w następującym zakresie:...............................................................................................................

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

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.**

........................., DNIA ................ ........................................................

*(podpis osoby – osób uprawnionych*

*do składania oświadczeń woli*

*wraz z pieczątką imienną*)

***Załącznik nr 5 do SIWZ nr SPZOZ/PN/35/2017***

**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 PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **na dostawa leków różnych -uzupełnienie** prowadzonego przez **Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku, ul. 800-lecia 26**, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY**:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 13-22 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt 1ustawy Pzp .

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp)*. Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: ................................................................................................

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie 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.

........................., DNIA ................ ........................................................

*(podpis osoby – osób uprawnionych*

*do składania oświadczeń woli*

*wraz z pieczątką imienną)*