**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Kliniczny

Szpital Okulistyczny

ul. Józefa Sierakowskiego 13

03-709 Warszawa

**WSTĘPNE OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE** **SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU**

**W POSTĘPOWANIU ORAZ PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania prowadzonego w trybie art. 275 pkt 1 ustawy Pzp (tryb podstawowy bez negocjacji) pod nazwą:

**DOSTAWA TESTÓW ANTYGENOWYCH SARS-Cov-2**

**do Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego**

***- powtórzenie postępowania***

Nr referencyjny: ZP/10/2021,

oświadczam, co następuje:

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE WYKONAWCY / PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY\***  \*niepotrzebne skreślić | |
| *pełna nazwa Wykonawcy* |  |
| *Adres siedziby Wykonawcy* |  |
| *NIP* |  |
| *KRS/CEiDG w zależności od podmiotu* |  |
| *adres strony, z której można pobrać ww. dokumenty* |  |
| *Osoba reprezentująca, podstawa do reprezentacji* |  |
| **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY / PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:** | |
| Czy wykonawca / podmiot udostępniający zasoby oświadcza, że spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale **VII SWZ**  **[ …..] TAK [ …..] NIE** | |
| Czy wykonawca / podmiot udostępniający zasoby podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 Ustawy.  **[ …..] TAK [ …..] NIE** | |
| Czy wykonawca / podmiot udostępniający zasoby podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 4, 5 i 7 Ustawy.  **[ …..] TAK [ …..] NIE** | |
| Zachodzą w stosunku do wykonawcy / podmiotu udostępniającego zasoby podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. **………….** Ustawy *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 lub art. 109 ust. 1 pkt 4, 5 i 7 Ustawy).*  W związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 Ustawy zostały podjęte następujące środki naprawcze:  ……………………………………………………………………………………..……..…………………..............……………  …………………………………………………………………………………………………….…………………………………… | |
| **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. | |

**Oświadczenie opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania**

# 