# Załącznik 4 do SWZ

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

*(nazwa - pieczęć firmowa podmiotu trzeciego)*

POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o.

NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie

ul. Warszawska 104, 98-400 Wieruszów

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU TRZECIEGO**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: „ustawa Pzp”)**

# W postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Dostawa leków dla Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie”

oświadczam/-y, że reprezentowany przeze mnie/przez nas podmiot ,udostępniający Wykonawcy zasób w postaci

…………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………...,

1. nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp;
2. nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 1 i pkt 4 ustawy Pzp;
3. spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w specyfikacji warunków zamówienia w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na te zasoby.

*Miejscowość ....................................... dnia 2021 r.*

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

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu trzeciego)*