# Załącznik nr 5 do SWZ

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

*(nazwa - pieczęć firmowa Wykonawcy)*

POWIATOWE CENTRUM MEDYCZNE Sp. z o.o.

NZOZ Szpital Powiatowy w Wieruszowie

ul. Warszawska 104, 98-400 Wieruszów

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**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 Wykonawca:

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 tym w przypadku warunku dotyczącego sytuacji finansowej lub ekonomicznej lub zdolności technicznych lub zawodowych4 polega na zasobie podmiotu trzeciego -

……………………………………………………………………………………………………….5 w zakresie …………………………………………………………………………………………6

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

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

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

4 Niepotrzebne skreślić/usunąć.

5 Nazwa/firma podmiotu udostępniającego zasób.

6 Należy sprecyzować zasób udostępniony przez podmiot trzeci.