**PCZ-SPZPS/PN/O/XII/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiot udostępniający zasoby:**  ……………………………………………  ……………………………………………  ………………………………………………  *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*  reprezentowany przez:  ……………………………………………….  ……………………………………………….  *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* | **Zamawiający:**  Powiatowe Centrum Zdrowia –  Samodzielny Publiczny Zespół  Przychodni Specjalistycznych  we Włocławku  ul. Szpitalna 6a  87-800 Włocławek |

**Oświadczenie Podmiotu udostępniającego zasoby** **składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: Wybór wykonawcy usługi ochrony osób i mienia budynków Powiatowego Centrum Zdrowia – Samodzielnego Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych we Włocławku wykonywana całodobowo przez siedem dni w tygodniu*,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia – Rozdział V

**w następującym zakresie: …………………………………………………………………...**

**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 ............................................ 2024 r.

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

*(podpis )*