Załącznik nr 3 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| **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 ZespółPrzychodni Specjalistycznych we Włocławkuul. Szpitalna 6a87-800 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.: **Zakup i dostawa artykułów medycznych w podziale na 9 pakietów dla Powiatowego Centrum Zdrowia-Samodzielnego Publicznego Zespołu Przychodni Specjalistycznych we Włocławku,**oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego
w specyfikacji istotnych warunków zamówienia oraz w ogłoszeniu o zamówieniu.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

 *(podpis Wykonawcy)*

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

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

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

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………

 *(podpis Wykonawcy)*

**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 ............................................ 2025 r.

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

 *(podpis)*