**Nr postępowania 21/ZO/COV/2021**

 **Załącznik nr 3**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Nazwa i adres Wykonawcy:

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

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia :

Zapytania ofertowego na **dostawę, montaż, uruchomienie tomografu komputerowego 64 rzędowego lub więcej wraz z adaptacją pomieszczeń oraz** wykonaniem testów odbiorczych i akceptacyjnych w Szpitalu oraz zapewnienie integracji tych urządzeń z istniejącymi obiektami na terenie **Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim.**

oświadczam, co następuje:

* + - 1. Spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym .
			2. W celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w zapytaniu ofertowym*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:…………………………………………………………………………….w następującym zakresie…………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

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 przedstawieniu informacji.

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

……………………………………….

*(podpis)*

**Nr postępowania 21/ZO/COV/2021**

Załącznik nr 3a

**OŚWIADCZENIE**

Nazwa Wykonawcy ...................................................................................................................

Adres Wykonawcy ...................................................................................................................

Składając ofertę :

Zapytania ofertowego na **dostawę, montaż, uruchomienie tomografu komputerowego 64 rzędowego lub więcej wraz z adaptacją pomieszczeń oraz** wykonaniem testów odbiorczych i akceptacyjnych w Szpitalu oraz zapewnienie integracji tych urządzeń z istniejącymi obiektami na terenie **Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim.**

świadomy o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania oświadczam, że:

1. nie wydano wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne\*
2. w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji- dokumentów potwierdzam dokonanie płatności tych należności wraz ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności\*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

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

……………………………………….

*(podpis)*

 \*niepotrzebne skreślić

**Nr postępowania 21/ZO/COV/2021**

Załącznik nr 3b

**OŚWIADCZENIE**

Nazwa Wykonawcy ...................................................................................................................

Adres Wykonawcy ...................................................................................................................

Składając ofertę :

Zapytania ofertowego na **dostawę, montaż, uruchomienie tomografu komputerowego 64 rzędowego lub więcej wraz z adaptacją pomieszczeń oraz** wykonaniem testów odbiorczych i akceptacyjnych w Szpitalu oraz zapewnienie integracji tych urządzeń z istniejącymi obiektami na terenie **Samodzielnego Szpitala Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim.**

świadomy o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania oświadczam, że nie wydano wobec mnie tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

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

……………………………………….

*(podpis)*