**Załącznik nr 4b do SWZ**

**Zamawiający:**

**WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

**W KIELCACH**

**UL. GRUNWALDZKA 45**

**25-736 KIELCE**

……………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,)*

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

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

**Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej jako u.p.z.p.),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. składane w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na:

***„Świadczenie usług w zakresie dozymetrii indywidualnej oraz przeglądu i wzorcowania dozymetrów dla pracowników Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach”***

prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, **znak: EZ/204/2024/MZ***,* oświadczam co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego **w SWZ, znak EZ/204/2024/MZ w 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.