**Zamawiający:**

**WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**

**W KIELCACH**

**UL. GRUNWALDZKA 45**

**25-736 KIELCE**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE** **PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

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

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Sukcesywne dostawy leku refundowanego w Programie Lekowym pn. *Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry B.124*, dla Apteki Szpitalnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach”,** prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach **znak sprawy EZ/123/2025/AŁD***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **SWZ znak EZ/123/2025/AŁD**

**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.