**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 wykonawcy 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 na **Wyposażenie meblowe i inne dodatkowe wyposażenie, akcesoria medyczne i niemedyczne przeznaczone do wszystkich pomieszczeń dla inwestycji „ Przebudowa pomieszczeń Kliniki Chirurgii Ortopedyczno – Urazowej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach wraz z pracami przygotowawczymi i wyposażeniem”** **, znak sprawy: EZ/157/2025/RŁ**oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **SWZ znak EZ/157/2025/RŁ** w następującym zakresie **tj. dotyczy warunku udziału określonego w pkt ………….SWZ**

**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.