**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**ORAZ O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

Nazwa i adres Wykonawcy:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Przystępując do udziału w przetargu publicznym na **Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy wraz z pakietami medycznymi dla pracowników Gminy Miasto Marki,** oświadczamy, że spełniamy indywidualnie lub razem z wykonawcami wspólnie ubiegającymi się o udzielenie zamówienia publicznego warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

Jednocześnie oświadczamy, że brak jest podstaw do wykluczenia nas z ww. postępowania o udzielenie zamówienia publicznego z powodu niespełnienia warunków.

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w rozdziale VIII Ogłoszenia*,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………………………

w następującym zakresie: ……………………………………………………

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

**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..................... ..........................................................

Wykonawca