

**Zamawiający:**  
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów  
Opieki Zdrowotnej w Staszowie  
ul. 11 Listopada 78, 28-200 Staszów.

**Wykonawca:**

REMONDIS Medison Sp. z o.o.  
Ul. Puskina 41, 42-530 Dąbrowa Górnicza  
NIP 6262478042, KRS 0000198239  
(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:  
NIP/PESEL, KRS/CEiDG)  
reprezentowany przez:  
Damian Arabas - Pełnomocnik  
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie WYKONAWCY**  
**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 "**ODBIÓR I UTYLIZACJĘ ODPADÓW MEDYCZNYCH**", prowadzonego przez **SPZZOZ w Staszowie**, oświadczam(y), co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia oraz w ogłoszeniu o zamówieniu.

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

~~Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:~~

.....

.....

~~w następującym zakresie:~~ .....

.....

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

*Uwaga: W przypadku gdy Wykonawca nie powołuje się na zasoby podmiotów trzecich w przedmiotowym postępowaniu oświadczenie należy wykreślić. Zamawiający równoznacznie ze skreśleniem oświadczenia będzie rozumiał nie uzupełnienie jego treści*

**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.