Załącznik nr 3 do SWZ

**Zamawiający:**

**Regionalne Centrum**

 **Naukowo - Technologiczne**

**Podzamcze 45**

**26 – 060 Kielce**

**Wykonawca:**

………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11.09.2019r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***”Dostawa materiałów zużywalnych i środków do dezynfekcji na cele Biobanku, Medycznego Laboratorium Diagnostycznego oraz Publicznego Banku Komórek Macierzystych”*** oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ rozdział V.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

 *Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub*

 *Podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w SWZ rozdział V polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …..…………………………………………………………………………….……..

..……………………………………………………………………………………………………………….……………………………, w następującym zakresie: ………………………………………………………………………………………………………

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

*Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub*

 *Podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym*