*Załącznik nr 3 do SWZ*

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

*(pełna nazwa / firma, adres, 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 września 2019 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.**Zakup wraz z dostawą immunoglobulinum humanum normale i hialuronidazy dla Apteki Szpitalnej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach. IZP.2411.96.2025.AJ**,oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale IX Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego   
w Rozdziale IX Specyfikacji Warunków Zamówienia polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..………………………………………………………………………...………..…………….......................................................................................……..,

*(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL)*

w następującym zakresie:

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