

.....  
(pieczęć wykonawcy)

Załącznik nr 3

**OŚWIADCZENIE**  
**o spełnianiu warunków z art. 22 ust. 1**  
**oraz o braku podstaw do wykluczenia z powodu niespełnienia warunków,**  
**o których mowa w art. 24 ust. 1 i 2**

ustawy prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r.

(Dz. U. 2013, poz.907 z późn. zm.)

Przystępując do postępowania w sprawie udzielania zamówienia publicznego na:

**„ Rozbudowę, przebudowę i doposażenie – III etap modernizacji Szpitala Powiatowego  
w Krotoszynie”**

**RZP-VI/1/01/14**

reprezentowanej przeze mnie firmy (nazwa firmy)

.....  
.....  
oświadczam, że:

1. posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności zgodnie z wymaganiami ustawowymi (art. 22 ust.1 pkt 1);
2. posiadamy wiedzę i doświadczenie \*/przedstawiamy pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia wiedzy i doświadczenia\* (art. 22 ust. 1 pkt 2);
3. dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia \*/przedstawiamy pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania zamówienia\* (art. 22 ust. 1 pkt 3);
4. spełniamy warunki dotyczące sytuacji ekonomicznej i finansowej \*/przedstawiamy pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia zdolności finansowych\* (art. 22 ust. 1 pkt 4);
5. brak podstaw do wykluczenia z powodu niespełnienia warunków, o których mowa w art. 24 ust. 1 ustawy.
6. oświadczam, że zgodnie z art. 24 ust. 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (tekst jedn. Dz.U. z 2013 r., poz. 907 z późn. zm.) **należę/ nie należę** \* do grupy kapitałowej, w rozumieniu ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U.Nr 50, poz. 331, z późn. zm.).

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k.***

.....  
(Pieczęćka i podpisy osób upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy)

.....dnia .....2014 r.

\* niepotrzebne skreślić

Zamawiający:

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ul. Młyńska 2  
63 - 700 Krotoszyn

tel. 62 588 03 90  
fax. 62 588 04 02  
[www.spzoz.krotoszyn.pl](http://www.spzoz.krotoszyn.pl)  
spzoz@krotoszyn.pl

