*Załącznik nr 10a*

*do siwz*

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny

Zespół Opieki Zdrowotnej w Gostyniu

Pl. K. Marcinkowskiego 8*/*9

63-800 Gostyń

**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. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:  
 *Dostawa do laboratorium SPZOZ w Gostyniu:*

1. *odczynników i akcesoriów do badań laboratoryjnych lub odczynników i akcesoriów do badań laboratoryjnych wraz z usługami serwisowymi (Zadanie nr 1);*
2. *aparatury medycznej oraz materiałów do wykonywania badań laboratoryjnych (Zadanie nr 2).*

oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdz. IV pkt 1 ppkt 2 lit.c) tiret ii) siwz tj.: że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie należycie wykonałem co najmniej 5 (pięć) dostaw aparatury medycznej analogicznej funkcjonalnie i technicznie z przedmiotem zamówienia do placówek medycznych.

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

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

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

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w rozdz. IV pkt 1 ppkt 2 lit.c) tiret ii) siwz tj.: że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie należycie wykonałem co najmniej 5 (pięć) dostaw aparatury medycznej analogicznej funkcjonalnie i technicznie z przedmiotem zamówienia do placówek medycznych. *,* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ……………………………………………………………………….

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

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

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

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

**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. …………………………………………

*(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*