**Załącznik nr 4 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy / Wykonawców

**…………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………**

Adres **…………………………………………………………………………………………………**

REGON **…………………………………………………**

NIP **………………………………………………………**

KRS/CEIDG **…………………………**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**(składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

Dotyczy postępowania pn:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa postępowania | **Świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych o kodach 18 01 02\*, 18 01 03\*, 18 01 04, 18 01 06\*, 18 01 09 dla Szpitala Miejskiego w Świnoujściu** |
| Znak sprawy | **ZP/21/2024** |

Na potrzeby przedmiotowego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oświadczam, co następuje:

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:** |
| Oświadczam, że na dzień składania ofert spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w części VI SWZ. |
| **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. |

......................................................, dn. ...............................

.....................................................................

(*podpis elektroniczny osób/y uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców zgodnie z SWZ* zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*)