

.....  
(miejscowość i data)

**Podmiot udostępniający zasoby:**

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres)

reprezentowany przez:

.....

(imię, nazwisko, podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY O NIEPODLEGANIU  
WYKLUCZENIU ORAZ SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320).

w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego nr ZI.270.2.1.2025 pn.  
„Świadczenie usług z zakresu opieki zdrowotnej oraz usług z zakresu medycyny pracy”

- 1) oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1-6 ustawy,

**Uwaga:**

W przypadku gdy w stosunku do Wykonawcy zachodzi którakolwiek z okoliczności określonych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 ustawy PZP, skutkująca wykluczeniem z postępowania to Wykonawca zobowiązany jest wskazać w niniejszym oświadczeniu (poniżej) tę okoliczność i udowodnić Zamawiającemu, że spełnił łącznie przesłanki określone w art.110 ust. 2 ustawy PZP: .....

.....  
.....

- 2) oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 1-3 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

- 3) oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ) wraz z załącznikami oraz ogłoszeniu o zamówieniu dotyczącym w/w postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie w jakim Wykonawca powołuje się na moje zasoby.

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.

\_\_\_\_\_  
(Dokument musi być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym,  
podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę (osoby)  
uprawnione do składania oświadczeń woli w imieniu Podmiotu  
udostępniającego zasoby)