Załącznik nr 4b do SIWZ

Dane Wykonawcy[1]	
Adres Wykonawcy	
Nr telefonu	
E-mail	
REGON	
NIP	

Zakład Ubezpieczeń Społecznych
Oddział w Kielcach
ul. Piotrkowska 27
25-510 Kielce

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
Prawo zamówień publicznych,
DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania znak: 150000/271/ZP-7/2018 prowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, oświadczam, co następuje:

1. INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w punkcie 4.1. SIWZ.

2. INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW (WYPEŁNIA WYŁĄCZNIE WYKONAWCA POWOŁUJĄCY SIĘ NA ZASOBY INNEGO PODMIOTU):

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w 4.1. SIWZ; polegam na zasobach następującego(-ych) podmiotu(-ów):

1) ……..,
w następującym zakresie:
……

2) ……..,
w następującym zakresie:
……

(Wykonawca wskazuje podmiot(-y) i określa odpowiedni zakres dla wskazanego(-ych) podmiotu ów).

3. 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.

[1] W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia tabelę powielić odpowiednio do liczby Wykonawców wspólnie składających ofertę.

Na potwierdzenie powyższych oświadczeń (wskazanych w pkt 1, 2) złożono podpisy osób umocowanych do reprezentowania Wykonawcy:

Lp.	Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(-ych) do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej(-ych) pełnomocnictwo	Podpis(-y) osoby(osób) uprawnionej(-ych)	Miejscowość i data