Numer sprawy: **6/PN/17** Załącznik nr 4 do SIWZ

**Zamawiający:**

 **Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o. o**.

 ul. Peowiaków 1

 22-400 Zamość

 *(pełna nazwa/firma, adres)*

**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**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„**Remont apteki szpitalnej w celu dostosowania do obowiązujących przepisów prawa” prowadzonego przez Zamojski Szpital Niepubliczny Sp. z o.o. w Zamościu oświadczam, co następuje:

|  |
| --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:** |

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia.

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

 …………………………………………

*(podpis)*