Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

**Nr sprawy: PO.271.3.2020**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………

 *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego p.n.:

**„Świadczenie usług w zakresie medycyny pracy”**

prowadzonego przez Sieć Badawczą ŁUKASIEWICZ - PORT Polski Ośrodek Rozwoju Technologii oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego
w Ogłoszeniu.

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)* …………………………………………

 *(podpis)*

**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.

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)* …………………………………………

 *(podpis)*