

**ZAŁĄCZNIK NR 3  
OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU  
W POSTĘPOWANIU**

**Znak sprawy: 1/2016/PCM**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Zarejestrowana nazwa Wykonawcy:.....

.....

Zarejestrowany adres Wykonawcy (z numerem kodu pocztowego):

.....

.....

biorący udział w Postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego wszczętego w trybie przetargu nieograniczonego prowadzonego pod nazwą „**Świadczenie usług w zakresie ubezpieczenia mienia, odpowiedzialności cywilnej i pojazdów dla Powiatowego Centrum Medycznego Sp. z o.o. NZOZ Szpital Powiatowy**”, zwanego dalej Postępowaniem, na podstawie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 z późn. zm.), zwanej dalej jako Ustawa Pzp:

**CZĘŚĆ I OŚWIADCZENIA**

**„Warunki udziału w Postępowaniu, o których mowa w art. 22 ust. 1 Ustawy Pzp”**

oświadczam, że Wykonawca którego reprezentuję spełnia warunki o których mowa w art. 22 ust. 1 Ustawy Pzp, dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
2. posiadania wiedzy i doświadczenia;
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

.....  
(miejsce, data i podpis osoby/ osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)

**CZĘŚĆ II OŚWIADCZENIA**  
**„Brak podstaw do wykluczenia z Postępowania**  
**w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 Ustawy Pzp”**

oświadczam, że Wykonawca którego reprezentuję nie podlega wykluczeniu z Postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 Ustawy Pzp.

.....  
*(miejsce, data i podpis osoby/ osób  
upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy)*