Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

*(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 (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego   
pn. **„Świadczenie usług żywienia pacjentów w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym SP ZOZ MSW w Koszalinie, ul. Lelewela 58, Słupsk”** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych*,* oświadczam, co następuje:

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

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu )**