**Zamawiający:**

**Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej**

**im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi**

**92-320 Łódź, ul. Niciarniana 41**

**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 SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego **„USŁUGI CAŁODOBOWEGO DOSTARCZANIA POSIŁKÓW DLA PACJENTÓW MCTiPZ”** prowadzonego przez Miejskie Centrum Terapii i Profilaktyki Zdrowotnej im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi**,**oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że:

1. Spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w      SIWZ
2. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli

ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień,

1. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.
2. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

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

…………………………………………

*(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.

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

…………………………………………

*(podpis)*