**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju**

**ul. Bohaterów Warszawy 67**

**28-100 Busko Zdrój**

**Wykonawca:**

***Nazwa Wykonawcy/ów***…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Adres/siedziba Wykonawcy/ów*** .......................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

***Adres do korespondencji*** …………………………………………………………………………………………………………

*(jeżeli inny niż powyżej lub w przypadku oferty składanej przez konsorcjum)*

***REGON***………………………………………. ***NIP*** ………………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE NR 1**

**Oświadczenie Wykonawcy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Dostawa rękawic chirurgicznych i drobnego materiału medycznego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku – Zdroju”***,* oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

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

**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 ............... 2021 r.

 …………………………………………

*(podpis)*