Krajowa Administracja Skarbowa

IZBA ADMINISTRACJI SKARBOWEJ W KIELCACH

Załącznik nr 3 do SWZ
Oświadczenie o spełnianiu warunków

Znak sprawy: 2601-ILZ.260.21.2026

Wykonawca:

……

……
(oznaczenie Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2026 r. poz. 793 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą Pzp", na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na „**Świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania w latach 2027-2028 profilaktycznych badań lekarskich wstępnych, okresowych, kontrolnych i badań specjalistycznych dla pracowników i funkcjonariuszy Izby Administracji Skarbowej w Kielcach i jednostek podległych"**
część ……. zamówienia *(proszę wskazać cześć/części na, którą/e składana jest oferta).*

I. OŚWIADCZENIA DOTYCZACE PODSTAW WYKLUCZENIA WYKONAWCY

(należy zaznaczyć właściwą odpowiedź i wypełnić)

☐ Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4, 5 i 7 ustawy Pzp oraz na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2025 r., poz. 514).

☐ Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ……. ustawy Pzp (*należy podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 lub 6 oraz w art. 109 ust. 1 pkt 4, 5 i 7 ustawy Pzp*).
Jednocześnie oświadczam, że w związku z wyżej wymienionymi okolicznościami, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:
……..
- stanowiące załącznik do niniejszego oświadczenia.

II. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w Rozdziale V ust. 3 pkt 2 SWZ dotyczące uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej.

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

- numer księgi rejestrowej …….. (wpisać właściwy).

III. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY/ÓW

(należy wypełniać, jeżeli dotyczy)

Oświadczam/y, że wskazany przez nas w Formularzu ofertowym podwykonawca/podwykonawcy nie podlega/podlegają wykluczeniu na podstawie przesłanek wykluczenia przewidzianych w SWZ względem Wykonawcy.

IV. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam/y, 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 tych informacji.

……..
(miejscowość, data)

…….
podpis osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy (kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/ podpis osobisty)