|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  **składane na podstawie § 7 ust. 9 Regulaminu udzielania zamówień sektorowych przez WKD sp. z o.o.**  **DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** |

Ja(My) niżej podpisany(i) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko składającego(-ych) oświadczenie)*

będąc upoważnionym(i) do reprezentowania Wykonawcy:

*(nazwa Wykonawcy)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*adres siedziby Wykonawcy)*

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia znak WKD10b-27-15/2021, pn.:

**GRUPOWE UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE DLA PRACOWNIKÓW ORAZ CZŁONKÓW ZARZĄDU WARSZAWSKIEJ KOLEI DOJAZDOWEJ SP. Z O.O. I CZŁONKÓW ICH RODZIN**

**Oświadczam/y, co następuje:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale IX ust. 2 SWZ.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość, data)* *(podpis składającego oświadczenie)[[1]](#footnote-1)*

1. oświadczenie musi być opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie [↑](#footnote-ref-1)