**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający :**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

**……………………………………………………………………….…….……..**

**………………………………..…………………………………….…………..**

**(nazwa oraz adres podmiotu trzeciego)**

**OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: „ustawa Pzp”)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostawa produktów leczniczych, wyrobów medycznych, suplementów diety oraz innych artykułów dopuszczonych do obrotu aptecznego dla Apteki Gminnego Ośrodka Zdrowia w Miłkowicach.**

 oświadczam/-y, że reprezentowany przeze mnie/przez nas podmiot, udostępniający Wykonawcy zasób w postaci …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………

* + - * 1. nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp;
				2. spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w specyfikacji warunków zamówienia w zakresie, w jakim Wykonawca powołuje się na te zasoby.

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.

***UWAGA! Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.***