# Załącznik 2a

***znak sprawy*: 10/ZP/2017**

................................, dnia .................... 2017 r.

 *(miejscowość) (data)*

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

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

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

 *(oznaczenie Wykonawcy)*

**INFORMACJA – OŚWIADCZENIE**

**O BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**ORAZ O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**(dotyczy podmiotów, na zdolnościach których Wykonawca polega)**

Ubiegając się o udzielenie zamówienia na **zaprojektowanie i wykonanie przebudowy pomieszczeń IV piętra szpitala po dawnym bloku operacyjnym na cele Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w SP ZOZ Proszowice oraz wykonanie robót remontowych i instalacyjnych**, na podstawie art. 25a ust. 3 pkt 2 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164, z późn. zm.) **informuję**, że w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w części V pkt 1–4 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia polegam na zdolnościach podmiotów *(dla każdego podmiotu wpisać firmę i adres oraz wskazać zakres, w jakim Wykonawca powołuje się na jego zasoby)*:

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

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

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

**Oświadczam**, że każdy ze wskazanych wyżej podmiotów:

* nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 -4 pkt 13–22 oraz ust. 5 pkt 8 ww. ustawy,
* spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w części V pkt 1-4 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w zakresie, w jakim powołuję się na jego zasoby.

Nadto oświadczam, że znana mi jest treść art. 297 § 1 kodeksu karnego.\*)

 *(podpis)*