

Zamawiający:
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Koszalinie
75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

Wykonawca:

.....
(pieczęć Wykonawcy)

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy

składane na podstawie art. 125a ust. 1 ustawy z dnia 11września 2019r. r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa PZP)

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Zakup i sukcesywna dostawa leków- antybiotyków dla Działu Farmacji Szpitalnej SP ZOZ MSWiA w Koszalinie**” prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie, oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy PZP
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt 7 ustawy PZP

[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu]

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ustawy PZP (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 lub art. 109 ust. 1 pkt. 7 ustawy P. z. p.). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy P. z. p. podjąłem następujące środki naprawcze:

.....

.....
(miejsowość,

data)

.....

(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.

..... (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/ CEiDG)

nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami, tj.

..... (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP / PESEL, KRS / CEiDG)

niepodlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

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.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)