

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**)