

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 11 września 2019r. r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Dostosowanie Dziedzinowych Systemów Informatycznych w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie w ramach Projektu e-Zdrowie w SP ZOZ MSWiA: rozwój nowoczesnych e-usług publicznych dla pacjentów** 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]

.....
(miejsowość, data)

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

Oświadczam, że podlegam / nie podlegam * wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

.....
(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 podwykonawca/ami, tj.

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

nie podlega/ą 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, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.

.....
(miejsowość, data)

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

*) niepotrzebne skreślić

Nr postępowania: M-2373-02A/2022

Projekt e-zdrowie w SP ZOZ MSWiA: rozwój nowoczesnych e-usług publicznych dla pacjentów



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz
Rozwoju Regionalnego

