

Znak sprawy 20/2020 Załącznik nr 3 do SIWZ

#  Zamawiający:

 **SP ZOZ Szpital Powiatowy**

 im. Edmunda Biernackiego w Opocznie

26-300 Opoczno ul. Partyzantów 30

**Wykonawca:**

......................................................................

......................................................................

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..

…………………………………………………..

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

# OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)**

## DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę tabletów medycznych, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 oraz art. 24 ust. 5 pkt 1 ustawy Pzp.

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

 *miejscowość pieczęć i podpis*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. .................. ustawy Pzp.

*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 oraz art. 24 ust. 5)*

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuje 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.

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

 *miejscowość pieczęć i podpis*

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

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będacy/e podwykonawcą/ami: 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.

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

*miejscowość pieczęć i podpis*

**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.

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

 *miejscowość pieczęć i podpis*