

Wykonawca:

SUTURA MED SP. Z O.O.

ul. Mała Odrzańska 21/2, 70-535 Szczecin

NIP: 8522411663

Regon: 812681879

KRS: 0000201329

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)
reprezentowany przez:

Tomasz Niedopytała – Dyrektor / KRS

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

O Ś W I A D C Z E N I E**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

zgodnie z art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych
(t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 ze zm.).

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Dostawa środków dezynfekcyjnych i myjących**”, nr postępowania **7/ZP/2024** prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy p.z.p.
lub
~~Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. [] ustawy p.z.p. (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1,2, 5 ustawy p.z.p.). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy p.z.p. podjąłem następujące środki naprawcze: []¹.~~
2. 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.

W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia, niniejsze oświadczenie składa każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie.

¹ Niepotrzebne skreślić

UWAGA: Wykonawca, w przypadku polegania na zdolnościach lub sytuacji podmiotów udostępniających zasoby, przedstawia wraz z oświadczeniem, także oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby, potwierdzające brak podstaw wykluczenia tego podmiotu oraz odpowiednio spełnianie warunków udziału w postępowaniu, w zakresie, w jakim wykonawca powołuje się na jego zasoby, zgodnie z katalogiem dokumentów określonych w **Rozdziale X SWZ**.

Wypełnić poniżej jeśli dotyczy

Oświadczam, że następujące podmioty, będące podwykonawcami: [] (podać pełną nazwę/firmę, adres) nie podlegają wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

1. Oświadczam, że niżej wskazanym podwykonawcom:

--

(nazwa podwykonawcy)

2. Powierzam/my wykonanie następujących części (zakres) zamówienia:

--

