Załącznik nr 8 do SWZ

**Wykonawca: Zamawiający:**

…………………………………………… 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ

…………………………………………… 45-759 Opole, ul. Wróblewskiego 46

……………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Oświadczam aktualność informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego w postępowaniu ZP/08/2022**

…………..…, dnia ………….………

…............................................

podpis osoby/osób uprawnionych   
 do reprezentacji Wykonawcy

lub pełnomocnika1

***UWAGA!***

*Do złożenia oświadczenia zostanie wezwany Wykonawca, którego oferta zostanie najwyżej oceniona - oświadczenie niniejsze, Wykonawca składa* ***wyłącznie na wezwanie*** *Zamawiającego.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty