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 Pzp w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego w postępowaniu nr ZP/10/2022, o których mowa w:

1. art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy Pzp
2. art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp
3. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp
4. art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy Pzp
5. art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………..…, 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