**DZP/TP/25/2021**

**Załącznik nr 3 do SWZ**

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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)**

**DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Dostawa preparatów do dezynfekcji metodą zamgławiania**

prowadzonego przez Szpital Powiatowy w Zawierciu oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu
z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp.

…………….……. dnia ………….2021 r.

*(miejscowość)*

…………………………………………

*(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. 108 ust. 1 pkt 1-6 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością,
na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

…………….……. dnia ………….2021 r.

*(miejscowość)*

…………………………………………

*(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 ………….2021 r.

*(miejscowość)*

…………………………………………

*(podpis)*