Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

*(pieczęć Wykonawcy)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

składane na podstawie art. 125a ust. 1 ustawy z dnia 11września 2019r. r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup i sukcesywną dostawę zestawów komputerowych wraz z oprogramowaniem dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie uczestniczącego w projekcie „e-Zdrowie w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji: rozwój nowoczesnych e-usług publicznych dla pacjentów”** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie*,* oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust.1 ustawy P. z. p.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust.1 pkt. 7 ustawy P. z. p.

[UWAGA: *zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu*]

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**

Oświadczam, że podlegam / nie podlegam \* wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

*.......................................*

*(miejscowość, data)  ..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**

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

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

*.......................................*

*(miejscowość, data)  ..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**

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

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami, tj. …………………………

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

………………………………………………………………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/ CEiDG)*

Nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

*.......................................*

*(miejscowość, data)  ..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**

**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.

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadomy odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy**

\*) niepotrzebne skreślić