**Nr sprawy: 33/D/25**

**Załącznik nr 4 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 O AKTUALNOŚCI ZŁOŻONEGO OŚWIADCZENIA O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. Dostawa jednorazowych rękawic medycznych - numer sprawy 33/D/25 prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Łodzi**

Oświadczam, że informacje zawarte w załączonym do oferty oświadczeniu o braku podstaw do wykluczenia, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego (oświadczenie złożone zgodnie z załącznikiem nr 3 do SWZ) **są aktualne.**

UWAGA. Niniejsze oświadczenie Wykonawca będzie zobowiązany **do złożenia na wezwanie Zamawiającego**, o którym mowa w Rozdziale VI ust. 3 pkt. 3.1. ppkt. 2) SWZ, a **nie wraz z ofertą**.