**Zamawiający:**

Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach

ul. Zamkowa 8

44 - 350 Gorzyce

**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 (zwanej dalej, jako: ustawa Pzp) DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:**,,Dostawy produktów leczniczych, wyrobów i materiałów medycznych oraz innych produktów dla potrzeb Apteki w Wojewódzkim Ośrodku Lecznictwa Odwykowego i Zakładzie Opiekuńczo - Leczniczym w Gorzycach”** prowadzonego przez Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Odwykowego i Zakład Opiekuńczo - Leczniczy w Gorzycach*,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY, KTÓRY NIE PODLEGA WYKLUCZENIU:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie:

art. 108 ust. 1 ustawy Pzp; art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.

…………….…….*,* dnia ………….……. r.

(Miejscowość)

…………………………………………

(Podpis)

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY, KTÓRY PODLEGA WYKLUCZENIU:**

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp (podać mającązastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, pkt 2 i pkt 5 ustawy Pzp lub art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące podjąłem środki naprawcze:……………………………………………………………………...……………………………………..........................................................................

Uwaga!

**Zgodnie z Rozdziałem XIV ust. 15 SWZ: „Załączniki wymagające wypełnienia muszą być wypełnione przez Wykonawców ściśle według warunków i postanowień zawartych w niniejszej SWZ. Jeżeli którykolwiek zapis wypełnianych załączników nie dotyczy Wykonawcy należy to zaznaczyć na dokumencie czyniąc dopisek: „nie dotyczy” lub „zastosować przekreślenie odpowiednich postanowień” lub „pozostawić nieuzupełnione miejsce.”**

…………….…….*,* dnia …………………. r.

(Miejscowość)

………………………………………

(Podpis)

**INFORMACJE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w zakresie opisanym w Rozdziale V Specyfikacji Warunków Zamówienia*.*

…………….…….*,* dnia ………….……. 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 …………………. r.

(Miejscowość)

…………………………………………

(Podpis)

**Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/**

**podpis osobisty****osoby/ób uprawnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy**