



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

Załącznik Nr 3 do SIWZ,
nr sprawy: 11/2018

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. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. sukcesywne dostawy produktów żywnościowych dla Szpitala Psychiatrycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-23 ustawy Pzp.
2. [UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział wykluczenie wykonawcy z postępowania na podstawie ww. przepisu]

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp .

..... *(miejscowość)*, dnia r.

.....

(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. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp)*. Jednocześnie

Szpital Psychiatryczny
SP ZOZ w Węgorzewie
11-600 Węgorzewo
ul. G. J. Bema 24

T: 87 427 27 66
F: 87 427 27 85
E: spspzozw@wp.pl
W: www.spspzozwwegorzewo.republika.pl

ZOL P Rudziszki 87 437 80 13
WOTUW Giżycko 87 428 40 30
PZP Giżycko 87 429 13 98
PZP Pisz 501 026 211

Certyfikat Systemu
Zarządzania Jakością
ISO 9001:2008
Nr. IT-65931



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp
podjąłem następujące środki naprawcze:

.....
.....
.....

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/ów, 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 zachodzą
podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

[UWAGA: zastosować tylko wtedy, gdy zamawiający przewidział możliwość, o której mowa w art. 25a ust. 5 pkt 2 ustawy Pzp]

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/ów, będącego/ych
podwykonawcą/ami: (podać pełną
nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG), nie zachodzą
wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)



**Szpital Psychiatryczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Węgorzewie**

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.

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)