***Załącznik nr 1a) do formularza oferty***

**Znak Sprawy: ZP/220/01/20**

**Zamawiający:**

**Samodzielny** **Publiczny Szpital Kliniczny Nr 2**

**PUM w Szczecinie**

Al. Powstańców Wlkp. 72 70-111 Szczecin

**Wykonawca:**

………………………………………………

………………………………………………

………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………………………………………………………………………….

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **dostawa wkładów drukujących, kaset, tonerów do drukarek, faksów, kserokopiarek i urządzeń wielofunkcyjnych** **dla SPSK-2.**

*(nazwa postępowania)*,prowadzonego przez SPSK-2 *(oznaczenie zamawiającego),* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. **Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania** na podstawie   
   **art. 24 ust 1 pkt. 12-23 oraz art. 24 ust. 5 pkt. 1 i 4 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 oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze: **(WYPEŁNIĆ O ILE DOTYCZY)**

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

**…………………………………………**

***(podpis)***

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

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, 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 **(WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU POWOŁYWANIA SIĘ NA ZASOBY INNYCH PODMIOTÓW)**

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*

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

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(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. **(WYPEŁNIĆ BEZWZGLĘDNIE)**

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………

*(podpis)*