#### **Załącznik nr 3 do SWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| ***WYKONAWCA:***  *……………………………………………………………………………..*  *Nazwa albo imię i nazwisko Wykonawcy*  *……………………………………………………………………………..*  *Adres*  *w zależności od podmiotu: NIP/PESEL ……..……………………….*  *REGON:…………………………………..* | ***ZAMAWIAJĄCY:***  *Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii  w Opolu*  *45-066 Opole, ul. Reymonta 8*  *NIP: 754-24-80-425*  *REGON: 000640136* |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Zakup i dostawa nici chirurgicznych wchłanialnych na okres do 30.09.2022****,* prowadzonego przez Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu w trybie podstawowym   
bez negocjacji o sygnaturze **DZP.26.2.6.2021**:

**O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że podwykonawca:

…………………………………………………………………………………….

*(podać nazwę podwykonawcy, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, REGON)*

nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp\*

***\*skreślić pkt 2 jeżeli nie dotyczy***