**Załącznik nr 2 do SWZ**

 **15/2021**

…………………………………………..

…………………………………………..

…………………………………………..

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

 *(Nazwa Firmy, NIP, KRS, adres)*

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY***SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 125 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 r.**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Pzp*)**DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** |

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **usługi transportu sanitarnego** ogłoszonego przez Szpital Powiatowy w Nowym Mieście Lubawskim spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością

Ja (imię i nazwisko) ......................................................................................................................

reprezentując Firmę ......................................................................................................................

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ……..… ustawy pzp *(podać mająca zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt. 1, 2, 5 lub 6 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:\*)

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

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 przedstawieniu informacji.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*) jeżeli dotyczy*

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

 *miejscowość, data /upełnomocniony(ieni) przedstawiciel(e) Wykonawcy/*