Numer sprawy**: SPZOZ.DŚM-ZP.240.01.2021 Załącznik Nr 4 do SIWZ**

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kole**

**62-600 Koło, ul. Ks.J.Poniatowskiego 25**

**Wykonawca:**

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

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

**Oświadczenie wykonawcy**

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

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.**„Usługi serwisowe i opieka powdrożeniowa wraz z nadzorem autorskim dla szpitalnego systemu informatycznego Simple.ERP”** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

* Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
  art. 108 ust 1 pkt 1-6 ustawy Pzp.
* Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
  art. 109 ust. 1 pkt 4 i 5 ustawy Pzp .

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

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ……………….. art. ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1-6, art. 109 ust. pkt 4, 5 ustawy Pzp). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust2 ustawy Pzp spełniam łącznie następujące przesłanki: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………............................................................

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

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

*(podpis)*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne  
 z prawdą oraz przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd   
 przy przedstawieniu informacji.

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

*(podpis)*