



**Oświadczenie o niekaralności Oferenta  
(dotyczy podmiotu leczniczego innego niż JDG)**

***Uwaga – osoby personelu medycznego wskazane przez Oferenta składają dodatkowo oświadczenie zawarte w załączniku nr 5 do SWKO – wymagane.***

Nazwa Oferenta: .....

Siedziba Oferenta: .....

(adres z kodem pocztowym)

Nr KRS .....

NIP .....

REGON .....

Reprezentowany przez (imię i nazwisko; funkcja):

1. ....

2. ....

3. ....

**Świadomy(mi) odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam (y), iż:**

- 1. Oferent nie był prawomocnie skazany za przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.**
- 2. Wobec Oferenta nie toczy się postępowanie o przestępstwo lub przestępstwo skarbowe.**
- 3. Podmiot znajduje się w sytuacji prawnej umożliwiającej udział w postępowaniu / zawarciu umowy.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Oferenta / upoważnionego  
przedstawiciela\*\*

\*\* Na podstawie stosownego pełnomocnictwa uwierzytelnionego przez notariusza lub przez mocodawcę