**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Zamawiający:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy

Mickiewicza 23

13-100 Nidzica

Wykonawca:

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

reprezentowany przez:

…………………………………….

**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**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

……………………………….…………. *(nazwa* *postępowania)*, prowadzonego przez ………………….……….

*Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy* oświadczam, żenie podlegam wykluczeniu zpostępowanianapodstawie art. 108 ust. 1 ustawy Pzp oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu

……….……. *(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.

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

………………………………

*(podpis)*