**Załącznik Nr 4 do Zapytania ofertowego**

Zamawiający:

**PRZYCHODNIA LEKARSKA Wojskowej Akademii Technicznej**

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

01-480 Warszawa ul. Kartezjusza 2

Wykonawca:

**…………………………………………………………………………**

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na**: Sukcesywną dostawę nici chirurgicznych do Przychodni Lekarskiej WAT SPZOZ w Warszawie   
(Nr post. ZO 33/2025)**

OŚWIADCZAM:

1. że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w zapytaniu ofertowym.
2. że nie otwarto likwidacji ani nie ogłoszono upadłości Wykonawcy.
3. że nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz. 835)

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji odpowiedzialności karnej za wprowadzenie zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji (art. 297 Kodeksu karnego).

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

…………………………………………

(podpis)