**Załącznik nr 4 do Zaproszenia**

**Wykonawca:**

………………………………

………………………………

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

**17 WOJSKOWY ODDZIAŁ GOSPODARCZY**

ul. 4 Marca 3

75-901 Koszalin

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania pn: **„Wykonywanie usług medycznych lekarzy (2 zadania)”   
– postępowanie nr 25/SZP/U/Med./24.**

Oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie   
art. 7 ust. 1 ustawy z dn. 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach   
w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i  zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany złożony przez osobę(osoby) uprawnioną(-e)** |