

Załącznik nr 4 do SIWZ

Zamawiający:

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, z siedzibą w Jabłonnie (05-110 Jabłonna), ul. Parkowa 21, NIP: 536-15-60-355, Regon: 010806110, KRS: 0000132797

Wykonawca:

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

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

Nr sprawy: ZP/02/10/19

Oświadczenie Wykonawcy**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na przeprowadzenie kwalifikacji uczestników do projektu, przeprowadzenie badań początkowych uczestników, przeprowadzenie badań w środku interwencji uczestników, przeprowadzenie badań końcowych uczestników w ramach projektu „Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego” nr RPMA.09.02.02-14-b228/18 – współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020

oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 12-22 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1,2,4 ustawy Pzp.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: (podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG) nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)