

**Zamawiający:**

SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo  
i Psychicznie Chorych w Rybniku  
ul. Gliwicka 33  
44 - 201 Rybnik

**Podmiot, w imieniu którego składane jest  
oświadczenie:**

.....

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:

NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu**

(składane na podstawie art. 273 ust. 2 ustawy Pzp)

Na potrzeby postępowania, którego przedmiotem są **dostawy leków dla potrzeb SP ZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku**, prowadzonego przez SP ZOZ Państwowy Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku

**Jeżeli podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu:**

1. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 i art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu.

**Jeżeli podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podlega wykluczeniu:**

1. Oświadczam, że podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. .... ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia).

2. Jednocześnie oświadczam, że na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podmiot, w imieniu którego składane jest oświadczenie, podjął następujące środki naprawcze:

.....  
.....

**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 przedstawieniu informacji.

.....  
miejscowość

.....  
data

.....  
podpis osoby/ób umocowanej/ych  
do reprezentowania Wykonawcy