1. *Zamawiający:*
2. *Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie*

# *Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego*

Pieczęć adresowa Wykonawcy Miejscowość, data ………

Dotyczy: zapytania ofertowego Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie na: Świadczenie usługi cateringowej w zakresie dostarczenia gotowego obiadu dla Oddziału Dziennego Dzieci i Młodzieży w Szpitalu Klinicznym im. dr. J. Babińskiego SPZOZ w Krakowie.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa.................................................................................................................................................

Siedziba..............................................................................................................................................

NIP......................................................................... REGON...............................................................

Oświadczam, że wobec wykonawcy, którego reprezentuję, nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 7 ust. 1 w zw. z art. 7   
ust. 9 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego   
(Dz. U. z 2022 r. poz. 835).

............................................................................

*podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy* *lub*

*podpis elektroniczny*