***Znak sprawy: 05/ZP/2024/Z***

***NAZWA PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO OŚWIADCZENIE:***

***……………………………………………………………………………………………………………***

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

reprezentowany przez: …………………………………………………………… …………………

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

**Oświadczenie**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**zawartych w art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2023 poz. 1497)**

Na potrzeby postępowania o wartości szacunkowej poniżej 130 000,00 zł pn.:

**„Świadczenie usług w zakresie pełnienia funkcji Inspektora Ochrony Danych w Szpitalu Chorób Płuc w Pilchowicach”**

oświadczam, co następuje:

Mając na uwadze przesłanki wykluczenia zawarte w art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego   
(Dz.U. 2023 poz. 1497) oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. 2023 poz. 1497).

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

data i podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy