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

reprezentowany przez:

……………………………………….............................

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY / podmiotu udostępniającego zasoby\***

**AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU,**

**O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 PZP ZŁOŻONYM NA FORMULARZU JEDNOLITEGO EUROPEJSKIEGO DOKUMNETU ZAMÓWIENIA**

**W ZAKRESIE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| **„Sukcesywne dostawy rękawic medycznych**  **dla potrzeb Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach”** |
| prowadzonego przez Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, ul. Grunwaldzka 45,  oświadczam co następuje: |

1. Niniejszym oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. (Dz. U. z 2019 poz. 2019) ustawy PZP przedłożonym wraz z ofertą na formularzu Jednolitego Europejskiego Dokumentu Zamówienia (JEDZ) przez Wykonawcę, którego reprezentuję są aktualne w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania określonych w:

a) art. 108 ust. 1 pkt. 3 i 6 ww. ustawy,

b) art. 109 ust. 1 pkt 5 i 7-8 ww. ustawy.

1. 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.

\*niepotrzebne skreślić