|  |
| --- |
|  |
| **Zamawiający:**  **WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY**  **W KIELCACH**  **UL. GRUNWALDZKA 45**  **25-736 KIELCE**  **Wykonawca:**  **……………………………………………………………………** |
| **……………………………………………………………………** |
| ***(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\***

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIDCZENIU, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 PZP W ZAKRESIE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTEPOWANIA**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| ***Zakup i sukcesywna dostawa leczniczych i technicznych środków koniecznych do wykonania zabiegów diagnostycznych i leczniczych koronografii i koronaroplastyki w Pracowni Hemodynamiki 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 2021 poz. 1129) ustawy PZP przez Wykonawcę, którego reprezentuję są aktualne w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania określonych w:

a) art. 108 ust 1 pkt 1, 2 ,3, 4, 6 u.p.z.p.,

b) art. 109 ust 1 pkt 5 oraz pkt 7 – 8 u.p.z.p.

2. 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