

**Zamawiający:**  
Szpital Uniwersytecki  
im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze sp. z o.o.  
65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 26

**Wykonawca:**  
Biuro Plus Krępa Sp.j.  
Ul. Piaskowa 4  
65-209 Zielona Góra

*(pełna nazwa/firma, adres)*  
reprezentowany przez:

Barbara Krępa - współwłaściciel

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY/  
WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIELAJĄCEGO SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**  
w zakresie aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 125 ust. 1  
ustawy Pzp

**Oświadczam**, że informacje zawarte w oświadczeniu, stanowiącym załącznik nr 4 do SWZ, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego, o których mowa w:

- a) art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy,
- b) art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy,
- c) art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. (Dz. U. 2022 poz. 835) o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**Są nadal aktualne**