**Załącznik nr 6 do SWZ**

**BZP.272.22.2023**

1. **Oświadczenie wykonawcy**
2. **DOTYCZĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA PN.:**
3. **„Przeprowadzenie szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu”**

**NAZWA I ADRES WYKONAWCY:**

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

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

1. reprezentowany przez:
2. …………………………………………………………………………………………………………
3. *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Oświadczam, iż informacje zawarte w oświadczeniu składanym na podstawie art.125 ust.1 ustawy
z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako ustawa p.z.p.), w zakresie odnoszącym się do podstaw wykluczenia wskazanych w art.108 ust.1 pkt 3-6 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 8 i 10 ustawy p.z.p. są aktualne.

…………………………………………..

*((elektroniczny kwalifikowany podpis Wykonawcy)*

............................., dnia ……………………………….

*(miejscowość)*