### Załącznik nr 9 do SWZ Numer sprawy MCZ/TPl/2023

**Wykonawca:**

……………………………….………….……………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………..………………………………..………………………

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

**Oświadczenia wykonawcy**

składane na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz., 835 ze zm.)

1. **DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia na sukcesywne dostawy leków zgodnie z zapotrzebowaniem, w podziale na pakiety

prowadzonego przez Mazurskie Centrum Zdrowia Szpital Powiatowy w Węgorzewie Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej*,*

oświadczam, co następuje:

oświadczam/my, że **nie podlegam wykluczeniu** z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

\*Oświadczam/y, że **zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia**
z postępowania na podstawie art. ……..…ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 7 ust. 1 pkt 1, 2,3).*

\* jeżeli nie dotyczy proszę przekreślić

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

………………….……., dnia ………….……. r.
*(miejscowość),*

…………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)*