#### Załącznik nr 3 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| **WYKONAWCA:**……………………………………………………………………………..Nazwa albo imię i nazwisko Wykonawcy……………………………………………………………………………..Adresw zależności od podmiotu: NIP/PESEL ……..……………………….REGON:………………………………….. | **ZAMAWIAJĄCY:**Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu45-066 Opole, ul. Reymonta 8NIP: 754-24-80-425REGON: 000640136 |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup wraz z dostawą nici chirurgicznych wchłanialnych i niewchłanialnych, systemu hemostatycznego, namagnesowanych podkładek, plastrów
do zbliżania brzegów rany, gąbek hemostatycznych doodbytniczych, staplera na skórę i przyrządu
do usuwania zszywek oraz taśm do leczenia niewydolności macicy (z podziałem na 18 zadań)**, prowadzonego przez Kliniczne Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu w trybie podstawowym
bez negocjacji o sygnaturze **DZP.26.2.16.2021**:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że podwykonawca

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

*(podać nazwę podwykonawcy, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, REGON)*

nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp.\*

 ***\*skreślić pkt 2 jeżeli nie dotyczy***