Załącznik nr 5 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA USŁUGI: | **Ubezpieczenia zdrowotne dla pracowników**  **Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny** |
| ZAMAWIAJĄCY: | Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny  44-100 Gliwice, ul. Karola Miarki 12-14,  NIP: 6312691891, REGON: 000026867  KRS nr 0000846236 - Sąd Rejonowy w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy KRS  [www.git.lukasiewicz.gov.pl](http://www.git.lukasiewicz.gov.pl)  tel.: +48 32 234 52 05  e-mail:[sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl](mailto:sekretariat@git.lukasiewicz.gov.pl) |
| WYKONAWCA: | Nazwa: ………………………………………………………………………………………  Siedziba: …………………………….………………………………………………………  NIP: ……………………………………, Regon: …………………………………………. |

# OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp,**

w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez zamawiającego, o których mowa w art. **108 ust. 1 pkt** **3 - 6** i art. **109 ust. 1 pkt** **7 - 10** ustawy - Prawo zamówień publicznych z 11.09.2019 r.

W związku z przystąpieniem naszej firmy:

…………………...............................,,,,,,,..........................................................

(*nazwa Wykonawcy lub podmiotu udostępniającego zasoby*):

.....................................................................................................................

*(dokładne dane: nazwa, adres siedziby)*

1. **Oświadczam**, że informacje zawarte w oświadczeniu złożonym wraz z ofertą   
   w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. Ubezpieczenie zdrowotne dla pracowników Sieć Badawcza Łukasiewicz – Górnośląski Instytut Technologiczny w zakresie podstaw wykluczenia i spełniania warunków udziału w postępowaniu

**są aktualne / nie są aktualne\***

**\****niewłaściwe skreślić*

*/podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy w formie elektronicznej – podpis kwalifikowany lub podpis zaufany lub podpis osobisty/*