**Załącznik nr 3c do SIWZ**

*(nazwa firmy)* *(miejscowość, data)*

**Wojskowy Ośrodek Farmacji**

**i Techniki Medycznej**

**ul. Wojska Polskiego 57**

**05-430 Celestynów**

Oświadczenie

Działając w imieniu ww. Wykonawcy oświadczam, że nie o nie zalegam z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 2 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 716);.

...................... dnia .....................

Podpisano: ....................................................................

(elektroniczny podpis kwalifikowany)

*Uwaga: oświadczenie zobowiązany będzie złożyć wykonawca, którego oferta zostanie najwyżej oceniona, lub wykonawcy, których Zamawiający wezwie do złożenia wszystkich lub niektórych oświadczeń lub dokumentów potwierdzających, że spełniają warunki udziału w postępowaniu oraz nie zachodzą wobec nich podstawy wykluczenia, w przypadkach, o których mowa w art. 26 ust. 2f ustawy Pzp*