

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z
Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w
Olsztynie
Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

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 wezwanie Zamawiającego w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania w przypadku wskazanym w art. 24 ust. 5 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: „**USŁUGI PRZEGLĄDÓW OKRESOWYCH ORAZ SERWISU URZĄDZEŃ ENDOSKOPOWYCH FIRMY OLYMPUS**”, znak sprawy: **ZPZ-47/08/19**, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, oświadczam, co następuje:

- 1) nie zalegam z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 716).

..... (miejscowość), dnia r.

Podpis elektroniczny