

**Zamawiający:**  
4 Wojskowy Szpital Kliniczny  
z Poliklinika SP ZOZ  
we Wrocławiu  
Ul. Weigla 5  
50-981 Wrocław

**Wykonawca:**

.....

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

reprezentowany przez:

.....

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

**Oświadczenie:**

Oświadczam, że:

- Nie podlegam wykluczeniu 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).
- Nie podlegam wykluczeniu na podstawie art.5 rozporządzenia Rady Europy nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 roku dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie.
- Braku udziału w opracowaniu projektu osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów w imieniu i pod kierunkiem:
  1. Obywateli rosyjskich, osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji,
  2. Osób prawnych, podmiotów lub organów, na których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50% należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji.
  3. Osób prawnych, podmiotów lub organów na których zdolność wykonawcza lub koncesjonariusz polega w przypadku gdy przypada na nich ponad 10% wartości zamówienia lub koncesji, jeśli taki podwykonawca, dostawca, podmiot, na którego zdolności wykonawca polega, należy do którejkolwiek kategorii wymienionej w punktach 1-3.

.....

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*