***Załącznik nr 3 do SWZ***

**Zamawiający**:

**4 Regionalna Baza Logistyczna**

ul. Pretficza 28, 50-984 Wrocław

**Wykonawca**:

|  |
| --- |
| ………………………...………………… |
| ………………………...………………… |
| ………………………...………………… |

reprezentowany przez:

|  |
| --- |
| ………………………...………………… |
| ………………………...………………… |

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

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

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

 **dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na dostawę:

**USŁUGA SPOŁECZNA – MEDYCYNA PRACY DLA PRACOWNIKÓW I ŻOŁNIERZY ZAWODOWYCH. ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE BADAŃ ZLECONYCH**

**Nr sprawy: MED/272/PZ/2024**

prowadzonego przez **4 Regionalną Bazę Logistyczną**, oświadczam, co następuje:

Nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art.108 ust. 1 ustawy Pzp.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*Wykonawca składający ofertę w formie elektronicznej opatruje oświadczenia i dokumenty podpisem elektronicznym zgodnie z wymogami SWZ*