**Załącznik nr 7 do SWZ**

O.253.4.2.2024

1. **Oświadczenie wykonawcy**
2. **DOTYCZĄCE PRZESŁANKI WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA PN.:**
3. **Usługi kompleksowego ubezpieczenia mienia, następstw nieszczęśliwych wypadków i odpowiedzialności cywilnej Gminy Łapy i jej jednostek organizacyjnych w okresie 01.06.2024 r. – 31.05.2025 r.**

**NAZWA I ADRES WYKONAWCY:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…….

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

1. reprezentowany przez:
2. …………………………………………………………………………………………………………
3. *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Oświadczam, iż informacje zawarte w oświadczeniu składanym na podstawie art.125 ust.1 ustawy
z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako ustawa Pzp), w zakresie odnoszącym się do podstaw wykluczenia wskazanych w art.108 ust.1 pkt 1- 4 i 6 ustawy Pzp są aktualne.

…………………………………………..

*(podpis Wykonawcy)*

............................., dnia ……………………………….

*(miejscowość)*