ZPO/4/2023 Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego

Dane Wykonawcy:

Pełna nazwa: …………………………………………

Adres: ………………………………………………..

Tel.: ………………………………………………….

Adres email: ………………………………………….

NIP …………………………………………………...

REGON ………………………………………………

KRS/nr ewidencyjny …………………………………

**Oświadczenie Wykonawcy dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania**

Dotyczy zamówienia:

**Sukcesywna dostawa środków ochrony indywidualnej do Działu Farmacji Szpitalnej   
w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym w Ostrołęce.**

Niniejszym oświadczam, że firma …………………………………………………… nie podlega wykluczeniu z postępowania, o którym mowa w Zapytaniu ofertowym nr ZPO/4/2023 w rozdziale XII.

***…………………………………………..***

pieczątki i podpis osoby upoważnionej/osób upoważnionych

……………………………………………………..

Miejscowość, data