ZPO/ 7/2023 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 wyrobów medycznych (sprzętu jednorazowego użytku)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/ 7 /2023 w rozdziale XII.

***…………………………………………..***

pieczątki i podpis osoby upoważnionej/osób upoważnionych

……………………………………………………..

Miejscowość, data