**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji   
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii   
w Olsztynie

Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na wezwanie Zamawiającego w celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania w przypadku wskazanym w art. 24 ust. 5 pkt. 8 ustawy Prawo zamówień publicznych**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: „Dostawa rękawic medycznych”, znak sprawy: ZPZ-44/09/20,prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie*,* oświadczam, co następuje:

1. ☐ nie zalegam z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1170).\*
2. ☐ zalegam z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1170).\*

\* zaznaczyć właściwe

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.