***Załącznik nr 4***

***do Informacji o ogłoszeniu z dnia 09.10.2022r.***

Pieczęć adresowa Wykonawcy Miejscowość, data ………

**Dotyczy:** informacji o ogłoszeniu Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie na Zakup i uruchomienie systemu kopii zapasowych.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa.................................................................................................................................................

Siedziba..............................................................................................................................................

NIP......................................................................... REGON...............................................................

Oświadczam, że wobec wykonawcy, którego reprezentuję, nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 7 ust. 1 w zw. z art. 7   
ust. 9 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego   
(Dz. U. z 2022 r. poz. 835).

............................................................................

*podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy* *lub*

*podpis elektroniczny*