Załącznik nr 9 do SWZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa i adres Wykonawcy/Wykonawców | |  | |
| NIP: |  | REGON: |  |
| Adres, na który Zamawiający powinien przesyłać ewentualną korespondencję: | |  | |
| Uprawomocnieni przedstawiciele Wykonawcy podpisujący ofertę: | |  | |
| Osoba wyznaczona do kontaktów z Zamawiającym: | |  | |
| Tel.: |  | Faks: |  |
| e-mail: |  | | |

W przypadku składania oferty przez Wykonawców wspólnie ubiegających się o zamówienie należy podać dane wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienie oraz wskazać pełnomocnika

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W JEDZ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn:

„**Kompleksowe wyposażenie Pracowni Endoskopii w ramach projektu, pn:**

**Poprawa dostępności do infrastruktury zdrowotnej poprzez inwestycję   
w aparaturę medyczną w Ostrzeszowskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o. – nr postępowania: OCZ/ZP-11/2023**

oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 2019), w zakresie podstaw wykluczenia oraz spełnianie warunków udziału w postępowaniu wskazanych przez Zamawiającego są aktualne.

**Niniejszy dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.**