Załącznik nr 5 do SIWZ

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

oświadczenia wykonawcy o

**Oświadczenie wykonawcy**

**oświadczenia wykonawcy o braku orzeczenia wobec niego**

**tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne;**

**składane na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 22 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *dostawa materiałów medycznych i sprzętu medycznego jednorazowego użytku do 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnia SP ZOZ w Szczecinie* *– znak sprawy RPoZP 19/2020* prowadzonego przez 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie *,*oświadczam, co następuje:

\*\* □ brak wydania orzeczenia tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne

\*\* □ wydano prawomocne orzeczenie tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne

**„*Niniejszy dokument powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym”***

\*\* należy zaznaczyć właściwe przy użyciu znaku „X”.