**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający: 17 WOJSKOWY ODDZIAŁ GOSPODARCZY**

75-901 Koszalin, ul. 4 Marca 3

**Wykonawca:** ……………………………………………………………

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

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

reprezentowany przez:

……………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn: ”**Usługa zabezpieczenia medycznego lotniska w Darłowie w formie całodobowych dyżurów/służb Dyżurnego Zabezpieczenia Medycznego**

**Lotniska  (DZML)  na  rok  2025”,**numer postępowania: 40/WOG/U/Med./24-oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Informacja dla Wykonawcy**:

***Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanych lub podpisem osobistym.***

|  |
| --- |
|  |