***dodatek nr 9 do SWZ***

**Zamawiający:**

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. prof. Z. Religi
w Słubicach Sp. z o.o.
ul. Nadodrzańska 6|
69-100 Słubice

**Wykonawca:**…………………………………………………
…………………………..............................…
*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:
NIP/PESEL, KRS/CeiDG)*

reprezentowany przez:
…………………………………………………...……
*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

|  |
| --- |
| **Oświadczenie Wykonawcy o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy PZP** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **środków dezynfekcyjnych
i odkażających** dla Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Szpital im. Profesora Zbigniewa Religi w Słubicach Sp. z o. o, **nr sprawy: ZP/TP/08/23, oświadczam, że** informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp w zakresie podstaw wykluczeniapostępowania wskazanych przez zamawiającego, o których mowa w:

* + - * 1. [art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 3](https://sip.lex.pl/#/document/17337528?unitId=art(108)ust(1)pkt(3)&cm=DOCUMENT), 4 i 6 ustawy PZP,

 oraz

* + - * 1. art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. (t.j. Dz. U. 2023, poz. 129 z późn. zm.) o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych,

**są aktualne / są nieaktualne[[1]](#footnote-1)**

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

*Podpisy osób upoważnionych do występowania w imieniu Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*

1. Skreślić niepotrzebne. W przypadku braku aktualności podanych uprzednio informacji dodatkowo należy złożyć stosowną informację w tym zakresie, w szczególności określić jakich danych dotyczy zmiana i wskazać jej zakres. [↑](#footnote-ref-1)