**Załącznik nr 2 do SWZ**

**Wykonawca/\*Podmiot udostępniający zasoby:\***

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od*

*podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………….................

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

**OŚWIADCZENIE**

Wykonawcy / Wykonawcy ubiegającego się o zamówienie wspólnie z innymi wykonawcami / podmiotu udostępniającego zasoby \*

**\*odpowiednio wypełnia każdy z uczestników postępowania**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

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

**DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **„Dostawę sprzętu jednorazowego użytku stosowanego do zabiegów bariatrycznych”**, nr postępowania 12/ZP/TP1/D/23, prowadzonego przez Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. ul. Jana Pawła II 68, 95-200 Pabianice, oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY\*/ WYKONAWCY UBIEGAJĄCEGO SIĘ O ZAMÓWIENIE WSPÓLNIE Z INNYMI WYKONAWCAMI\*/ PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY:\***

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1, 2 i 5 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1, 2 i 5.* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………..…… | | ………………………….……………………….. |
| Miejscowość / Data | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania w imieniu Wykonawcy(ów)\*/podmiotu(ów) udostępniającego(ych) zasoby\*  Dokument w postaci elektronicznej powinien być podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym | | |

\* właściwe zaznaczyć i wypełnić