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**

**W sprawie braku wydania wobec niego prawomocnego wyroku sądu**

**lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat**

**lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumentów potwierdzających dokonanie płatności**

**tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia**

**w sprawie spłat tych należności;**

**składane na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 15 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 produktów leczniczych do 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie – znak sprawy RPoZP 3/2019* prowadzonego przez 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie*,* oświadczam, co następuje:

\*\* □ brak wydania prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne,

\*\* □ wydano prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne i składamy dokumenty potwierdzające dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

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

(Data i podpis Wykonawcy)

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