*Dodatek nr 5 do SIWZ*

Znak sprawy: **AZP 241-179/19**

**Zamawiający:**

**Świętokrzyskie Centrum Onkologii ul. Artwińskiego 3   
 25-734 Kielce**

Tel.041- 36-74-474

Link do profilu nabywcy: [platformazakupowa.pl/pn/onkol\_kielce](http://platformazakupowa.pl/pn/onkol_kielce)

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………

*nazwa i adres wykonawcy*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego powyżej 221 000 euro nazakup systemu identyfikacji pacjenta oparty na oprogramowaniu Mosaiq dla Zakładu Fizyki Medycznej Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

**nr sprawy: AZP 241-179/19**

**Ja/My (imię i nazwisko) .......................................................................................................**

**jako upoważniony/upoważnieni przedstawiciel/przedstawiciele\***

**Wykonawcy..........................................................................................................................**

*(nazwa wykonawcy)*

Oświadczam/y że:

1. nie został wydany wobec Wykonawcy prawomocny wyrok sądu lub ostateczna decyzja administracyjna o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne;\*
2. nie zostało wydane orzeczenie wobec Wykonawcy tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne;
3. nie zalegam/y z opłaceniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. 2016r. poz. 716).

*\*w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – należy usunąć lub wykreślić to oświadczenie z tego wzoru   
i złożyć dokument potwierdzający dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności*

...........................................

Miejscowość, data