**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji   
z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii   
w Olsztynie

Al. Wojska Polskiego 37, 10-228 Olsztyn

**Wykonawca:**

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na wezwanie Zamawiającego w celu wykazania braku orzeczenia wobec Wykonawcy tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania   
się o zamówienia publiczne**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego pn.: „Dostawa rękawic medycznych”, znak sprawy: ZPZ-44/09/20,prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie*,* oświadczam, co następuje:

□ nie orzeczono \*

□ orzeczono \*

tytułem środka zapobiegawczego, zakaz/u ubiegania się o zamówienia publiczne.

*\* zaznaczyć właściwe*

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