

..... (miejsowość), dnia ..... r.

Załącznik nr 1 do ogłoszenia

**Wykonawca:**

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:

NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Zamawiający:**

Narodowy Fundusz Zdrowia w Warszawie

- Małopolski Oddział Wojewódzki w Krakowie

31-053 Kraków, ul. Ciemna 6

**Oświadczenie Wykonawcy**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu pn:

**Świadczenie usług zdrowotnych polegających na dokonywaniu oceny oraz aprobaty skierowań pod względem celowości leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej**

Oświadczam, że brak jest podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt 12 – 22.

.....

(czytelny podpis osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy)

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

.....

(czytelny podpis osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy)

