

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 KOMPLEKSOWYCH USŁUG W ZAKRESIE OCHRONY OSÓB I MIENIA
MAŁOPOLSKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU
ZDROWIA Z SIEDZIBĄ W KRAKOWIE**

Oświadczam, że brak jest podstaw do wykluczenia Wykonawcy z postępowania w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 12 – 22 oraz art. 24 ust. 5 pkt. 1), 2), 5), 6), 7) ustawy Pzp.

.....

(czytelny podpis osoby /osób upoważnionych 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.

..... *(miejsce), dnia* r.

.....

czytelny podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy

