

Zamawiający:
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych
i Administracji w Koszalinie
75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**
(pełna nazwa/firma, adres)

Wykonawca:

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

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

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Oświadczenie Wykonawcy

Składając ofertę na zapytanie ofertowe na „**Doradztwo, szkolenia i kontrolę funkcjonowania podmiotu leczniczego w zakresie działalności poszczególnych komórek dla SP ZOZ MSWiA w Koszalinie**” oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania prac objętych przedmiotem zamówienia;
2. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. firma, którą reprezentuję znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu)

Oświadczam, że podlegam / nie podlegam * wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)

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

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu)