Załącznik nr 1b do SWZ

Nazwa Wykonawcy

………………………………………………………………

………………………………………………………………

Adres siedziby

………………………………………………………………

………………………………………………………………

Reprezentowany przez:

 ………………………………………………………………

………………………………………………………………

NIP: …………………………………………………………

REGON: ……………………………………………………

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

 **Prawo zamówień publicznych (Dz. U. 2024 r. poz. 1320 - dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Zakup i dostawa wyposażenia pracowni farmaceutycznej w ramach projektu AKTYWNA SZKOŁA 3** oświadczam co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie
art. 108 ust. 1 oraz art. 109 ust. 1 pkt 4, 5 i 7 ustawy Pzp.

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

 …………………………………………

*(podpis)*

1. Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2, 5 i 6, lub art. 109 ust. 1 pkt. 4, 5 i 7 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:\*

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………..…………………...........……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

 …………………………………………

*(podpis)*

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że w stosunku do następującego/ych podmiotu/tów, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: …………………………………………………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL)* nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia.\*

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

 …………………………………………

*(podpis)*

\*wypełnić, jeżeli dotyczy