Znak sprawy: 9/ WOMP – ZCLiP / 2026

WYKONAWCA DOŁĄCZA DO OFERTY

***Załącznik Nr 2** do Specyfikacji Warunków Zamówienia.*

OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA I SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Przystępując do postępowania

na:

„Świadczenie usług przewozu w ramach transportu sanitarnego dla przychodni WOMP-ZCLiP w Szczecinie i w Stargardzie".

działając w imieniu

Wykonawcy:……

……

(podać nazwę i adres Wykonawcy)

Oświadczam, że na dzień składania ofert nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 ustawy PZP, określonego w Punkcie 11 SWZ ppkt 1 poz. od 1.1 do 1.6 oraz wynikających z innych aktów prawnych, wymienionych w Punkcie 11 pkt 1 poz. od 1.7 do 1.9 SWZ.*

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 ustawy PZP)*****. Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy PZP podjąłem następujące środki naprawcze:***

……

……

……

Oświadczam, że na dzień składania ofert spełniam warunki udziału w postępowaniu.

……, dnia ……. r.
(miejscowość)

……
(podpis Wykonawcy lub osoby przez niego upoważnionej)

WYKONAWCA DOŁĄCZA DO OFERTY

* jeśli nie dotyczy wykreślić

Oświadczenie dotyczące podanych informacji:

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

……, dnia ……. r.
(miejscowość)

……
(podpis)