

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

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

Przystępując do postępowania  
**na: „Dostawę szczepionek dla potrzeb Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy – Zachodniopomorskiego Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie”.**

prowadzonego przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy – Zachodniopomorskie Centrum Leczenia i Profilaktyki w Szczecinie

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**

**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:**

.....(miejscowość), dnia ..... r.

.....  
(podpis)

**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.

.....(miejscowość), dnia ..... r.

.....  
(podpis)