

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:

TRAMCO Sp. z o.o.

Wolskie, ul. Wolska 14

05-860 Płochocin

(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.**NIE DOTYCZY**..... 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:

.....

Wolskie, dnia 06.05.2021r.

.....
(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.

Wolskie, dnia 06.05.2021r.

.....
(podpis)