

Wykonawca:

PROFARM PS SP. ZO.O.

Ul. Słoneczna 96

05-500 Stara Iwiczna

NIP 522-010-37-56

KRS 0000135373

*(pełna nazwa/firma, adres,
NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

Ewa Lewandowska

Specjalista ds.
przetargów/pełnomocnictwo

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

Oświadczenie Wykonawcy

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

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. dostawa leków dla SPZOZ w Augustowie, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 pkt. 4 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 lub art. 109 ust. 1 pkt. 4 ustawy Pzp*). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww.

okolicznością,

na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze

.....
.....

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 w błąd przy przedstawianiu informacji.

Wykonawca:

PROFARM PS SP. ZO.O.

Ul. Słoneczna 96

05-500 Stara Iwiczna

NIP 522-010-37-56

KRS 0000135373

*(pełna nazwa/firma, adres,
NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

Ewa Lewandowska

Specjalista ds.
przetargów/pelnomocnictwo

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

Oświadczenie Wykonawcy

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

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. dostawa leków dla SPZOZ w Augustowie, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie, oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt. VIII Specyfikacji Warunków Zamówienia.

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 w błąd przy przedstawianiu informacji.