

.....

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:

NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do

reprezentacji)

poczta e-mail :

Zamawiający:  
**Samodzielny Publiczny Wojewódzki  
Szpital Specjalistyczny  
w Chełmie**

## **OŚWIADCZENIE**

**składane przez Wykonawcy na wezwanie Zamawiającego**

**dotyczące braku podstaw wykluczenia z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 15**

**Ustawy Pzp w związku z art. 25 ust. 1 pkt. 3**

dotyczy postępowania pn.: zakup i sukcesywne dostawy refundowanych leków objętych programem lekowym:

1. Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową
2. Leczenie stwardnienia rozsianego

Nr postępowania ZP 3311/56/2019

Ja(my), niżej podpisany(i)

.....

.....

działając w imieniu i na rzecz (nazwa/firma i adres Wykonawcy)

.....

.....

Niniejszym oświadczam (my), że wobec Wykonawcy wydano/ nie wydano\* [zaznaczyć właściwe]  
prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat  
lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne, chyba że wykonawca dokonał płatności należnych  
podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami  
lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności;.

..... (miejscowość), dnia ..... r.

.....

(podpis)

\* zaznaczyć właściwe

