

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy: <i>albo</i> Imię i nazwisko wykonawcy: WKM Andrzej Kościarz
Adres zamieszkania wykonawcy: (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr):	ul Brodowicza 11/2 31-518 Kraków
Numer NIP i REGON wykonawcy:	NIP 5651333165 REGON 120878404
Numer telefonu, faksu, adres e-mail:	tel. 12 378 32 77 fax. 12 376 46 31 office@wkm-medical.com.pl bok@wkm-medical.com.pl
Kod NUTS:

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy podać powyższe dane dla wszystkich podmiotów kolejno, kopiując powyższą tabelę odpowiednią ilość razy lub dzieląc prawa części tabeli na odpowiednią ilość kolumn (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

I. Oświadczenie wykonawcy
składane na podstawie art. 108 ustawy z dnia 11 września 2019 r.
- Prawo zamówień publicznych (dalej: Ustawa),
DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

dostawy wyrobów medycznych, w tym odzieży ochronnej
(zamówienie DFS-5-TP/4-2021),

oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Ustawy.

Kraków (*miejscowość*), dnia 28.07.2021 r.

.....
 (podpis)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z art. Ustawy
 (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1-6 Ustawy).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 Ustawy podjąłem następujące środki naprawcze:

.....

.....

.....

.....

Kraków (*miejscowość*), dnia 28.07.2021r.

.....

(podpis)

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.

Kraków (*miejsowość*), dnia 28.07.2021 r.

.....
(podpis)

Załączniki:

Pełnomocnictwo
Deklaracja zgodności
Wyniki badań bfe
Sprawozdanie medyczne
Świadectwo jakości zdrowotnej PZH

.....

