

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy:	POLMIL SP. Z O.O. SKA
<i>albo</i> Imię i nazwisko wykonawcy:
Adres zamieszkania wykonawcy: (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr):	UL.PRZEMYSŁOWA 8B 85-758 BYDGOSZCZ
Numer NIP i REGON wykonawcy:	5542922201 341477838
Numer telefonu, faksu, adres e-mail:	52 348 68 32 52 348 68 24 DZP@POLMIL.PL
Kod NUTS:	613

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 prawą część 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.

BYDGOSZCZ 28-07-2021

.....
 (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:

.....

.....

.....

.....

..... (miejscowość), dnia r.

.....
 (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.

BYDGOSZCZ 28-07-2021

.....
(podpis)

Załączniki:

.....