Nr postępowania DZP/TP/45/2024 **Załącznik nr 3 do SWZ**

Wykonawca:

…………………………………….

…………………………………….

…………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,*

*KRS/CEiDG)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługa dostępu do składowania Elektronicznej Dokumentacji Medycznej w chmurze dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu,**

1. Oświadczam, że:

- nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1-6 ustawy Pzp,

- nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 507).

- 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 pkt 1, 2 i 5 ustawy Pzp). Wykonawca nie podlega wykluczeniu na podstawie art. 108 ust. 1 pkt 1,2 i 5 ustawy Pzp, jeżeli udowodni Zamawiającemu, że spełnił łącznie przesłanki, o których mowa w* art. 110 ust. 2 ustawy Pzp, które należy poniżej wymienić i opisać

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

Na potwierdzenie powyższego składam następujące środki dowodowe:

1. ………………………………….
2. …………………………………

2. 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.

*Proszę podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym Wykonawcy*