|  |
| --- |
| **Wykonawca:** |
|  |
|  |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| **Świadczenie usługi cateringowej w zakresie dostarczania Kanapek dla pacjentów Dziennego Oddziału Psychiatryczno-Rehabilitacyjnego Kraków Krowodrza, ul. Mehoffer 10, 31-322 Kraków.** |
| prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie,  oświadczam co następuje: |

Wobec Wykonawcy, którego reprezentuję nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 7 ust. 1 w zw. z art. 7 ust 9 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 2022r., poz. 835).

........................................................................

(podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy lub podpis elektroniczny)