**Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego sp. z o. o.**

**ul. Limanowskiego 30**

**96-300 Żyrardów**

Nazwa Wykonawcy ………………………………………………………...……………………….

Adres Wykonawcy ……………………………………………………………………………….

**WYKONAWCA \*/ WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA\* / PODMIOT UDOSTĘPNIAJĄCY ZASOBY\*:**

*(w przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia, należy podać dane dotyczące wszystkich Wykonawców):*

…………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI   
ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA   
W ART. 125 UST. 1 USTAWY PZP**

Oświadczam/y, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp, w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, o których mowa w:

- [art. 108 ust. 1](https://sip.lex.pl/#/document/17337528?unitId=art(108)ust(1)pkt(3)&cm=DOCUMENT) ustawy Pzp,

są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

***\*niepotrzebne skreślić***

**……………………………………………………………………...**

**Podpis elektroniczny**

kwalifikowany podpis elektroniczny

lub podpis zaufany lub podpis osobisty osoby/osób upoważnionej/

upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy.