ZP/01-2023 Załącznik nr 3

1. **Dane Wykonawcy:**
2. Pełna nazwa:...........................................................
3. Adres: . …...............................................................
4. Tel. i fax: ….............................................................
5. Adres email: ……………………………………….
6. nr identyfikacyjny NIP ..........................................
7. REGON ……..........................................................
8. KRS/NR ewidencyjny ...........................................

**Oświadczenie Wykonawcy**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA :**

**„Dostawę materiałów medycznych i drobnego sprzętu medycznego jednorazowego użytku na potrzeby szpitala Olmedica w Olecku sp. z o.o.”**

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postepowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania,o których mowa w Zapytaniu ofertowym nr ZP/01-2023 w rozdziale IV. ust. 6.

………………………… …………………………………………

(Data) (podpis osoby upoważnionej)