**Zamawiający:**

………………………………

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU ORAZ SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**oświadczam, co następuje:**

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że na dzień składania ofert nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. 2022 poz. 835).

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU:**

Oświadczam, że na dzień składania ofert spełniam warunki udziału w postępowaniu polegające na obsłudze w ciągu ostatnich 3 lat przez okres co najmniej 1 roku przed wszczęciem postępowania co najmniej jednego podmiotu leczniczego tj. …………………………………z siedzibą w …………………………………………………….

oraz, że posiadam swoją siedzibę na terenie województwa zachodniopomorskiego.

*…………….……. (miejscowość), dnia ………….……. r. ……………………………………*