

OŚWIADCZENIE

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA
W OKOLICZNOŚCIACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 24 UST. 1 USTAWY PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy: <small>Uwaga: w przypadku osób fizycznych zamiast nazwy (firmy) wykonawcy należy podać: Imię i nazwisko oraz firma wykonawcy:</small>
Siedziba wykonawcy (kod, miasto, ulica): <small>Uwaga: w przypadku osób fizycznych zamiast siedziby należy podać (rozumiany jako adres głównego miejsca wykonywania działalności): Adres wykonawcy (kod, miasto, ulica):</small>
Numer NIP i REGON:
Numer telefonu i faksu:

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy niniejszy druk złożyć **osobno dla każdego z wykonawców**, aby wykazać, że żaden z wykonawców występujących wspólnie nie podlega wykluczeniu na ww. podstawie (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

składając ofertę w postępowaniu nr składając ofertę w postępowaniu nr **EAG-94-PN/14-2014** o udzielenie zamówienia publicznego na:

usługi: Kompleksowego ubezpieczenia SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Rybniku

Pakiet (część) 1: obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej

Pakiet (część) 2: ubezpieczenie pojazdów

**pakiet którego do którego wykonawca nie złoży oferty należy wykreślić*

mając na uwadze przesłanki wykluczenia zawarte w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.01.2004 r. – Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r., poz. 907, z późn. zm.)

oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia w myśl art. 24 ust. 1 ww. ustawy.

....., dnia

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania wykonawcy)