**Centralna Wojskowa Przychodnia Lekarska „CePeLek”**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

z siedzibą w Warszawie przy ul. Koszykowej 78,

NIP 113-00-38-734: REGON P-010137895

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**ORAZ BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

**(nazwa/ imię i nazwisko i adres Wykonawcy)**

W związku z ofertą złożoną w odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr**15**/ZO/2024

**NA „SUKCESYWNE DOSTAWY WORKÓW FOLIOWYCH NA ODPADY”.**

oświadczam, że:

1. spełniam wszystkie warunki udziału w niniejszym postępowaniu, opisane w treści zapytania ofertowego nr 15/ZO/2024.
2. nie podlegam wykluczeniu i nie jestem ani ja, ani beneficjent rzeczywisty, ani jednostka dominująca wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 ani nie jesteśmy wpisani na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającą o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy. *Zgodnie z art. 1 pkt 3 ustawy w celu przeciwdziałania wspieraniu agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę rozpoczętej w dniu 24 lutego 2022 r., wobec osób i podmiotów wpisanych na listę, o której mowa w art. 2 ustawy, stosuje się sankcje polegające m.in. na wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursu prowadzonego na podstawie ustawy z dnia 11 września 2019 r. – Prawo zamówień publicznych*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis osoby/-ób uprawnionej/-ychdo reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika