Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

**Wykonawca:**

……………………………………….

(pieczęć Wykonawcy)

reprezentowany przez:

………………………………………………

(imię i nazwisko, stanowisko do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy**

**dotyczące przesłanek wykluczenia z postępowania**

Oświadczam, że podlegam / 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.

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*...................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)**