

Zamawiający:  
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych  
i Administracji w Koszalinie  
75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**  
*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

.....  
.....  
.....

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

**reprezentowany przez:**

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

**Oświadczenie Wykonawcy**

Składając ofertę na zapytanie ofertowe na „**Zakup i sukcesywna dostawa materiałów opatrunkowych dla Działu Farmacji Szpitalnej SP ZOZ MSWiA w Koszalinie**” oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania prac objętych przedmiotem zamówienia;
2. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. firma, którą reprezentuję znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

.....  
*(miejscowość, data)*

.....  
*(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu )*

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 pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Wykonawcy)*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.**

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis i pieczęć osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu )