**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:**  | **Bankowego Funduszu Gwarancyjnego****ul. ks. I. J. Skorupki 4****00-546 Warszawa** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług medycznych dla pracowników Bankowego Funduszu Gwarancyjnego** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający:** | ***DAZ/ZP/6/2021*** |

**Wykonawca**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** |  |
| **Adres pocztowy:**  |  |
| **Osoba lub osoby wyznaczone do kontaktów:****Telefon:****Adres e-mail:** |  |

**OŚWIADCZENIE**

**o niepodleganiu wykluczeniu i spełnianiu warunków udziału w postępowaniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego w postępowaniu na: **„Świadczenie usług medycznych dla pracowników Bankowego Funduszu Gwarancyjnego”**, oświadczamy o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu oraz niepodleganiu wykluczeniu w zakresie podstaw do wykluczenia z postępowania – w zakresie podstaw do wykluczenia z postępowania, o których mowa w:

1. art. 108 ust. 1 ustawy Pzp,
2. art. 109 ust. 1 pkt 4, 5 i 7 ustawy Pzp.

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym,
podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***