



Załącznik nr 8 do SWZ

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład  
Opieki Zdrowotnej  
Ul. Witosza 7  
69-200 Sulęcín

Wykonawca:

.....  
.....

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

reprezentowany przez:

.....  
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)

#### Oświadczenie Wykonawcy

składane na podstawie art. 108 ust.1 i art. 109 ust. 1 pkt. 4,  
ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Dostawa rękawic medycznych”  
Nr postępowania: ZP/P/08/24

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust.1 ustawy w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, o których mowa w art. 108 ust.1 oraz art. 109 ust. 1 pkt. 4, ustawy Pzp tj. dotyczące wykluczenia Wykonawcy

**dołączone do oferty są aktualne.**

.....(miejsowość), dnia ..... r.

.....

(podpis)