Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego

Pieczęć adresowa Wykonawcy Miejscowość, data ………

**Dotyczy:** zapytania ofertowego Szpitala Klinicznego im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie na **„Przeprowadzenie superwizji grupowej dla zespołów terapeutycznych placówek terapii uzależnień i współuzależnienia w województwie małopolskim”.**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Dane dotyczące Wykonawcy:**

Nazwa.................................................................................................................................................

Siedziba..............................................................................................................................................

NIP......................................................................... REGON...............................................................

Wobec Wykonawcy, którego reprezentuję nie zachodzą przesłanki wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 7 ust. 1w zw. z art. 7 ust 9 Ustawy*z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz.U. z 2022r., poz. 835).

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

 (podpis i pieczęć osoby (osób) upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy lub podpis elektroniczny)