

**Zamawiający:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji  
W Białymstoku  
im. Mariana Żyndrama-Kościałkowskiego  
Ul. Fabryczna 27, 15-471 Białystok

**Wykonawca:**

**KALMED Iwona Renz**  
**ul. Wilczak 3,61-623 Poznań**

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

*NIP: 972 016 67 62, CEiDG: G29496/2001/S*

reprezentowany przez:

Iwonę Renz - właściciela

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa*

*do reprezentacji)*

**Oświadczenie wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. DZP.2344.20.2020 na wykonywanie usług naprawy, przeglądów i konserwacji sprzętu medycznego (*nazwa postępowania*) oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, iż wobec Wykonawcy nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne \*

~~albo~~

~~w przypadku wydania prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne w załączeniu przedstawiam dokumenty potwierdzające dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.\*~~

2. Oświadczam, iż wobec Wykonawcy nie wydano orzeczenia tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.

3. Oświadczam, iż Wykonawca nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 716);

\* *niepotrzebne skreślić*

Poznań, dnia 20.08.2020

Iwona Renz

/podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela/