**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Zamawiający**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | **Instytut Łączności – Państwowy Instytut Badawczy** |
| **Tytuł lub krótki opis udzielanego zamówienia:** | **Świadczenie usług medycznych z zakresu medycyny pracy oraz dodatkowej opieki medycznej dla pracowników Instytutu Łączności – Państwowego Instytutu Badawczego i ich rodzin, w zakresie pakietowych świadczeń medycznych** |
| **Numer referencyjny nadany sprawie przez instytucję zamawiającą lub podmiot zamawiający:** | **DZ/24/22** |

**Wykonawca**

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

**OŚWIADCZENIE**

**o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu,**

**o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp**

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego, potwierdzamy aktualność informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy Pzp.

*UWAGA: Dokument musi być podpisany przez osobę umocowaną / upoważnioną do reprezentacji Wykonawcy (kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym)*