

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**  
**o braku podstaw do wykluczenia**

ŚWIADCZENIE USŁUG KOMPLEKSOWEJ OPIEKI MEDYCZNEJ DLA PRACOWNIKÓW  
CENTRUM NAUKI KOPERNIK I CZŁONKÓW ICH RODZIN

....., dnia .....

**DANE WYKONAWCY<sup>1</sup>:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Ja/My niżej podpisany/-i .....  
jako uprawniony/-eni do działania w imieniu i na rzecz Wykonawcy/-ów wskazanego/-ych wyżej, w odpowiedzi na ogłoszenie o prowadzonym na podstawie art. 138o ustawy *Prawo zamówień publicznych* postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na „*świadczenie usług kompleksowej opieki medycznej dla pracowników Centrum Nauki Kopernik i członków ich rodzin*,”

**OŚWIADCZAM, ŻE WYKONAWCA:**

- 1) nie podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 15 ustawy Prawo zamówień publicznych,
- 2) nie podlega wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt. 22 ustawy Prawo zamówień publicznych,

.....  
*data i podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy*

<sup>1</sup> W przypadku Wykonawców występujących wspólnie należy podać dane wszystkich Wykonawców.