

## OŚWIADCZENIE

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA  
W OKOLICZNOŚCIACH, O KTÓRYCH MOWA W ART. 24 UST. 1 USTAWY PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

W imieniu:

Nazwa (firma) wykonawcy:	.....
albo Imię i nazwisko wykonawcy:	.....
Adres zamieszkania wykonawcy: (dotyczy wykonawców będących osobami fizycznymi):	..... ..... .....
Adres siedziby wykonawcy (kod, miasto, ulica, nr lokalu):	..... .....
Numer NIP i REGON wykonawcy:	.....
Numer telefonu i faksu:	.....

Uwaga: w przypadku składania oferty przez wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy niniejszy druk złożyć **osobno dla każdego z wykonawców**, aby wykazać, że żaden z wykonawców występujących wspólnie nie podlega wykluczeniu na ww. podstawie (dotyczy wykonawców występujących jako konsorcjum, spółka cywilna lub w innej formie).

składając ofertę w postępowaniu nr **TAG-45-PN/8-2015** o udzielenie zamówienia publicznego na:

<p><b>Kompleksowe ubezpieczenie</b>  <b>SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 3 w Rybniku</b>  <b>Pakiet (część) 1: obowiązkowe i dobrowolne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej</b>  <b>Pakiet (część) 2: ubezpieczenie mienia i sprzętu elektronicznego od wszystkich ryzyk</b>  <b>Pakiet (część) 3: ubezpieczenie pojazdów</b></p>
--

mając na uwadze przesłanki wykluczenia zawarte w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.01.2004 r. – Prawo zamówień publicznych oświadczam/y, że nie podlegam/y wykluczeniu z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia w myśl art. 24 ust. 1 ww. ustawy.

\*- niepotrzebne skreślić

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

.....  
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania wykonawcy)