Załącznik nr 2 do Ogłoszenia

**Nr sprawy: PO.271.3.2020**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego p.n.:

**„Świadczenie usług w zakresie medycyny pracy”**

prowadzonego przez Sieć Badawczą Łukasiewicz - PORT Polski Ośrodek Rozwoju Technologii oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie pkt. 6.1 Ogłoszenia o zamówieniu.

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość),*

 …………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie pkt. 6.1. Ogłoszenia *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w pkt. 6.1. Ogłoszenia).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, podjąłem następujące środki naprawcze:

.........………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………….

…………….……. dnia ………………….

 *(miejscowość),*

 …………………………………………

 *(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. dnia …………………. r.

 *(miejscowość)* …………………………………………

 *(podpis)*