***Załącznik Nr 4 do SIWZ***

*pieczęć wykonawcy*

***OŚWIADCZENIE***

***o braku podstaw wykluczenia***

### Ja/ My niżej podpisany/ni\*

### \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reprezentując Wykonawcę t j.

(pełna nazwa i siedziba firmy wykonawcy)

będąc uczestnikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego   
w trybie przetargu nieograniczonego na podstawie art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo Zamówień Publicznych zwanej dalej „ustawą Pzp” (tekst jednolity Dz. U. z 2013 r. poz. 907) na:

***sukcesywny zakup sprzętu medycznego jednorazowego użytku w roku 2014   
(na okres 12 miesięcy)***

**OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

na dzień składania ofert, brak jest podstaw do wykluczenia z postępowania o zamówienie publiczne podmiotu, który reprezentuję w okolicznościach, o których mowa w art. 24 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych.

……………………………. dnia …………2014 roku

……………………………………………………………….

**podpis osoby/osób uprawnionej/uprawnionych do składania   
 oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy i pieczątka**

*\*niepotrzebne skreślić*