Zamawiający:

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych   
i Administracji w Koszalinie**

**75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

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

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………

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

**Oświadczenie Oferenta**

Składając ofertę na zapytanie ofertowe na **„****Świadczenie usług transportu sanitarnego pacjentów na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Koszalinie – w lokalizacji Połczyn-Zdrój, ul. Plac Wolności 10”** oświadczam, że:

1. posiadam doświadczenie niezbędne do wykonania usług objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z przepisami wymagającymi takich uprawnień;
2. posiadam niezbędną wiedzę do wykonania zamówienia;
3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. firma, którą reprezentuję znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu )**

Oświadczam, że podlegam / nie podlegam \* wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

*.......................................*

*(miejscowość ,data)  .....................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Oferenta)**

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.

***Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 k.k.***

*.......................................*

*(miejscowość, data)*

*..................................................................*

**(podpis i pieczątka osoby/ osób uprawnionych do występowania w imieniu Oferenta)**