***Znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015 Załącznik Nr 2 do SIWZ***

**Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia**

**z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego**

na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy - Prawo zamówień publicznych

**Nazwa i adres Wykonawcy*:***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn:

**„ Dostawa wyposażenia medycznego na potrzeby realizacji projektu pn.:**

**„Utworzenie zakładu opiekuńczo leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w Milickim Centrum Medycznym”.”**

*znak sprawy: MCM/WSM/ZP14/2015,* oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania
o udzielenie przedmiotowego zamówienia publicznego na podstawie przesłanek określonych
w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam/y własnoręcznym podpisem świadom/a/i odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*( miejscowość, data ) (podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionej/ych*

 *do reprezentowania Wykonawcy/ców)*