

Załącznik nr 5 do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia na usługę ubezpieczenia pojazdów  
Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim  
Znak sprawy ZOZ.III-270-14/AS/15  
– „Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia”

---

.....  
*Nazwa Wykonawcy*

.....  
*Adres wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA  
Z POSTĘPOWANIA W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO  
PN. „USŁUGA UBEZPIECZENIA POJAZDÓW ZESPOŁU OPIEKI  
ZDROWOTNEJ W LIDZBARKU WARMIŃSKIM”**

**(ZNAK SPRAWY ZOZ.III-270-14/AS/15)**

Przystępując do postępowania w sprawie zamówienia publicznego prowadzonego pod nazwą „Usługa ubezpieczenia pojazdów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim” Znak Sprawy (ZOZ.III-270-14/AS/15):

Oświadczam, iż **nie podlegam wykluczeniu** z udziału w postępowaniu w okolicznościach, o których mowa w Art. 24 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (Dz. U. z 2013r. poz. 907 z póź. zm.)

Jednocześnie stwierdzam, iż jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 oraz Art. 297. § 1 Kodeksu Karnego związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

.....  
*(miejscowość i data)*

.....  
*(podpis osoby (osób)  
uprawnionej(ych) do  
reprezentowania Wykonawcy)*