Załącznik nr 9 do SIWZ

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zespół**

**Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie**

**ul. 11 Listopada 78**

**28-200 Staszów**

**OŚWIADCZENIE**

**WYKONAWCY O NIEZALEGANIU Z OPŁACANIEM PODATKÓW I OPŁAT LOKALNYCH,   
O KTÓRYCH MOWA W USTAWIE Z DNIA 12 STYCZNIA 1991 R.   
O PODATKACH I OPŁATACH LOKALNYCH   
(Dz. U. z 2019 r. poz. 1170)**

My niżej podpisani, oświadczamy, że Wykonawca:

......................................................................................................................................................

(nazwa/firma Wykonawcy)

€ nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r.   
o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1170) \*

€ zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r.   
o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1170) \*

*\* zaznaczyć właściwe*

……………..............., dnia ................... ….………….................................................................................................................

*Kwalifikowany podpis elektroniczny złożony przez osobę (osoby) uprawnioną (-e)*