Załącznik nr 8 do SIWZ

**Zamawiający:**

**Samodzielny Publiczny Zespół**

**Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie**

**ul. 11 Listopada 78**

**28-200 Staszów**

**OŚWIADCZENIE**

**WYKONAWCY O BRAKU ORZECZENIA WOBEC NIEGO TYTUŁEM ŚRODKA ZAPOBIEGAWCZEGO ZAKAZU UBIEGANIA SIĘ O ZAMÓWIENIA PUBLICZNE**

My niżej podpisani, oświadczamy, że wobec Wykonawcy:

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

(nazwa/firma Wykonawcy)

€ nie orzeczono wobec niego tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne\*

€ orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakaz ubiegania się o zamówienia publiczne\*

*\* zaznaczyć właściwe*

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

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