



ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ w Busku Zdroju
ul. Bohaterów Warszawy 67, 28 – 100 Busko Zdrój, woj. Świętokrzyskie
tel. centr. (041)-378-24-01, tel./fax (041) 378-24-01 wew. 244
REGON 000311467 NIP 655 – 16 – 62 – 705 Nr rej. PZOZ20
Strona internetowa; www.zoz.busko.com.pl
e-mail: zamowienia@zoz.busko.com.pl

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **ZOZ/DO/OM/ZP/47/14**

Załącznik nr 7 do SIWZ

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

(Nazwa i adres wykonawcy)

....., dnia 2014 r.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA
ZGODNIE Z ART. 24 ust. 1 i 2 pkt.1**

W związku ze złożeniem oferty w przetargu nieograniczonym na „ **Dostawę rękawów do sterylizacji oraz akcesorii do koagulacji dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju**” prowadzonym na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 roku Prawo zamówień publicznych (Tekst jedn. Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759) oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 24 ust. 1 i 2 pkt. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

.....
Imię, nazwisko i podpis osoby lub osób figurujących
w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań
w imieniu Wykonawcy lub we właściwym umocowaniu