

Data

**Dostawę urządzeń medycznych
Nr sprawy ZP 34/2015**

Oświadczenie Wykonawcy

NAZWA WYKONAWCY:

ADRES:.....

Niniejszym oświadczam, że podmiot który reprezentuję /reprezentujemy nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych z dnia 29 stycznia 2004 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2013, poz. 907 z późn. zm.).

.....
*Podpisy osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy*