

Data .....

**Dostawę urządzeń medycznych dla Oddziału Urologicznego  
Nr sprawy ZP 45/2015**

**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*