Znak sprawy: ZP 18/2015 *Załącznik Nr 2 do SIWZ*

„O ś w i a d c z e n i e W y k o n a w c y”

Nazwa
firmy .....
.....
Adres .....
.
.....
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy
.....

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 2013r. poz. 907 z późn. zm.).

_____ _____

miejsce i data *podpis*

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ
Dział Organizacyjny
Os. Na Skarpie 66, 31- 913 Kraków
Tel. (0-12) 622-94-87, Fax: (0-12) 644 – 47 – 56
e-mail: zpubl@interia .pl