

ZAMAWIAJĄCY:**Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białołęka-Targówek**ul. Tykocińska 34
03-545 Warszawa

Pełna nazwa Wykonawcy/ Wykonawców występujących wspólnie	
NIP	
REGON	
KRS/CEiDG	
Adres Siedziby Wykonawcy	
Osoba upoważniona do reprezentowania Wykonawcy	(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

„Zakup mammografu do Przychodni przy ul. Poborzańskiej 6 dla Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Białołęka-Targówek”**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY****o aktualności informacji zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych**

Oświadczam, że informacje zawarte w złożonym oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (T. J. Dz. U. 2023 poz. 1605) w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego są aktualne.

.....

Data; kwalifikowany podpis elektroniczny