**Załącznik nr 2 do SWZ**

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU

**(składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy)**

Działając w imieniu i na rzecz:

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

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

(pełna nazwa wykonawcy)

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

(adres siedziby wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu na:

**„ Dostawy wyrobów medycznych dla Domów Pomocy Społecznej
będących jednostkami organizacyjnymi Gminy Miasto Szczecin”**

**oświadczam(my), że w stosunku do wykonawcy, którego reprezentuję/jemy nie zachodzą podstawy wykluczenia z postępowania w sytuacjach określonych w Rozdziale V pkt 2 Specyfikacji Warunków Zamówienia.**

**Uwaga !**

**Uwaga !**

**Należy sporządzić i przekazać** zgodnie z *Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie.*