Załącznik nr 5

**Wykonawca:**

………………………………………………

………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:*

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………

………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Polskie Centrum Akredytacji**

**01-382 Warszawa**

**ul. Szczotkarska 42**

**http://www.pca.gov.pl**

e-mail: **przetarg@pca.gov.pl**

tel. + **48 22 355-70-00**

fax.+ **48 22 355-70-18**

**Oświadczenie Wykonawcy**

**DOTYCZĄCE BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA I SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Nawiązując do ogłoszenia o zamówieniu:: **ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCYNY PRACY I INNYCH USŁUG MEDYCZNYCH,** znak sprawyPF.260.4.2020

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-22 oraz ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych.

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Ogłoszeniu w zakresie wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

W załączeniu przekładam zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem).

…………….……..…. *(miejscowość),* dnia ………….…….…. r.

…………………………………………

*(podpis)*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….…………. *(miejscowość),* dnia ………….….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*