**…………………………………………**

 (miejscowość, data)

………………………………………..

……………………………………….

……………………………………….

(nazwa i adres Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE** **DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**Oświadczam, że** **PODLEGAM / NIE PODLEGAM**\* wykluczeniu zpostępowania na **wykonanie testów specjalistycznych aparatów rtg, tomografu i mammografu dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach** napodstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (\*niepotrzebne przekreślić).

……………………………………….…………

*Podpis osoby upoważnionej*