**ZAŁĄCZNIK NR 4 DO SIWZ**

Nazwa Wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość................................................

**Oświadczenie**

**O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA NA PODSTAWIE**

**ART. 24 UST. 1,4,5 USTAWY – PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego na **”Świadczenie usług medycznych”** numer zamówienia 02/ZP/PROJEKT-5.4.2, oświadczam/my, że nie podlegam/my wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1, 4, 5 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2017r., poz.1579, z późn. zm.)

.........................., dn. \_ \_ . \_ \_ .2019r.

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

Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

w imieniu Wykonawcy