**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Zamawiający:**

Regionalne Centrum Medyczne   
w Białogardzie Sp. z o.o.

ul. Chopina 29  
78-200 Białogardzie

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

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

Adres Wykonawcy...................................................................................................................................

Oświadczam, iż informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy PZP w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, o których mowa w:

a. art. 108 ust. 1 pkt. 3 ustawy PZP,

b. art. 108 ust. 1 pkt. 4 ustawy PZP, dotyczących orzeczenia zakazu ubiegania się

o zamówienie publiczne tytułem środka zapobiegawczego,

c. art. 108 ust. 1 pkt. 5 ustawy PZP, dotyczących zawarcia z innymi Wykonawcami porozumienia

mającego na celu zakłócenie konkurencji,

d. art. 108 ust. 1 pkt. 6 ustawy PZP,

e. art. 109 ust. 1 pkt. 1 ustawy PZP, odnośnie do naruszenia obowiązków dotyczących płatności

podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i  opłatach lokalnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1170),

**są nadal aktualne.**

**…………………………**