

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Skarb Państwa - Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego z siedzibą w Warszawie,
Oddział Regionalny Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w Opolu ul. Ozimska 51a,
45-058 NIP 526-00-13-054, REGON:012513262-00038 - Zamawiający,

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od formy prowadzonej działalności NIP/PESEL, KRS)

reprezentowana przez: - Wykonawca

Na potrzeby prowadzonego postępowania o udzielenie klasycznego zamówienia publicznego,
którego wartość nie przekracza kwoty 130 000,00 zł, do którego na podstawie art. 2 ust. 1
pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz.
1320), do którego nie stosuje się przepisów niniejszej ustawy, dotyczącego:

**Świadczenia usług z zakresu medycyny pracy dla pracowników Oddziału Regionalnego
KRUS w Opolu oraz podległych Placówek Terenowych**

oświadczam, że:

nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 w zw. z ust. 9 ustawy
z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania
wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego
(Dz.U. z 2024 r. poz. 507).

....., dnia.....

(miejsce)

(kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty złożony przez
osobę/y uprawnioną/e do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)