**Znak sprawy ZSM/PN/4/2017 Załącznik nr 3 do SIWZ**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**  \_\_\_ . \_\_\_ . \_\_\_\_\_ r.

Miejscowość data

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

będąc uprawnionym do reprezentowania Wykonawcy:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nazwa Wykonawcy)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adres siedziby Wykonawcy)

biorącego udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**Doposażenie pracowni Higienistki Stomatologicznej, Opiekuna Medycznego i Technika Farmaceutycznego** w ramach realizowanego projektu pn. „Wsparcie kształcenia zawodowego w kluczowych dla regionu branżach”, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020.

**prowadzonego przez: Zespół Szkół Medycznych w Brzegu**

niniejszym oświadczam, że jako Wykonawca nie podlegam wykluczeniu z przedmiotowego postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy Prawo zamówień publicznych oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*czytelny podpis osoby/osób upoważnionych*

*do reprezentowania Wykonawcy lub podpis i stempel imienny*