**Załącznik 4 do SIWZ**

**Wzór oświadczenia z art.24 ustawy PZP**

………………………….

 (nazwa Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

 **O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA**

**Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na ubezpieczenie mienia oraz odpowiedzialności cywilnej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Przeworsku oświadczamy, że:**

**.......................................................................................................................................**

**........................................................................................................................................**

**(nazwa Wykonawcy)**

nie podlega wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie przesłanek, o których mowa w art. 24 ust 1 ustawy z dnia 29.01.2004 r – Prawo zamówień publicznych

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

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

 *(pieczęcie i podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)*