### *Załącznik nr 3 do zapytania*

**Znak sprawy: SPZOZ-VI-262/PU/6/2023**

**Zamawiający:**

### *Samodzielny Publiczny*

***Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach***

***ul. Al. Niepodległości 9***

***19-100 Mońki***

**Wykonawca:**

…………………………………….…...

…………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………

…………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

|  |
| --- |
| **Oświadczenie Wykonawcy** |

**Na potrzeby zapytania ofertowego na**

**sukcesywną dostawę ciekłego azotu dla potrzeb Samodzielnego Publicznego**

**Zakładu Opieki Zdrowotnej w Mońkach**

OŚWIADCZAM, że nie podlegam wykluczeniu z zapytania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy   
z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

Miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*