**Załącznik nr 8 do SWZ**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………...….

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………..………………………………………………..…………………………………………………………...

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

**OŚWIADCZENIE O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU,
O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 USTAWY**

*(składane na wezwanie Zamawiającego w trybie art. 274 ust. 1 Ustawy)*

Na potrzeby postępowania prowadzonego w trybie art. 275 pkt 1 ustawy Pzp (tryb podstawowy bez negocjacji) pod nazwą:

**ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE STACJONARNEJ OCHRONY FIZYCZNEJ OSÓB I MIENIA**

**w Samodzielnym Publicznym Klinicznym Szpitalu Okulistycznym** Nr referencyjny: ZP/15/2021,

**Ja(My) niżej podpisany(i),** reprezentując(y) firmę, której nazwa jest wskazana w pieczęci nagłówkowej, jako upoważniony(eni) na piśmie lub wpisany(i) w odpowiednich dokumentach rejestrowych, w imieniu reprezentowanej przez(e) mnie(nas) firmy **oświadczam**, co następuje:

|  |
| --- |
| **DANE WYKONAWCY / PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY\***\*niepotrzebne skreślić |
| *pełna nazwa Wykonawcy* |  |
| *adres* |  |
| *NIP* |  |
| **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY** |
| Wykonawca / Podmiot udostępniający zasoby oświadcza, że informacje zawarte w oświadczeniu dotyczącym spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz przesłanek wykluczenia z postępowania, o którym mowa w art. 125 ust. 1 Ustawy, złożonym w niniejszym postępowaniu w zakresie podstaw wykluczenia są aktualne. **[ …..] TAK [ …..] NIE**  |

**Oświadczenie opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby/osób uprawnionych do reprezentowania**