***Znak sprawy 16/ZP/2020***

**Załącznik Nr 2 do SIWZ**

*(pieczęć firmy)*

# *OŚWIADCZENIE WYKONAWCY*

Nazwa Wykonawcy

Adres Wykonawcy

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i nie podlegam wykluczeniu z postępowania **na dostawę produktów farmaceutycznych i wyrobów medycznych** na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo Zamówień Publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 1843 ze zm.).

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

*(miejsce i data wystawienia)*

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

*(podpis i pieczątka*)