

Załącznik Nr 12 do SIWZ

nr sprawy SPZOZ/ZP/123/4/2017

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej
ul. Wysokogórska 6
59-420 BOLKÓW

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEZALEGANIU Z OPŁACANIEM PODATKÓW I
OPŁAT LOKALNYCH**

DANE WYKONAWCY:

Nazwa.....

Siedziba.....

Nr telefonu.....nr faxu.....

Nr REGON..... Nr NIP.....

adres poczty elektronicznej.....

OSOBY UPRAWNIONE DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY:

Imię i Nazwisko.....

Stanowisko, dane kontaktowe.....

Informację dotyczące przedstawicielstwa.....

(Należy załączyć odpowiednie upoważnienie/pełnomocnictwo, jeżeli nie wynika ono z dokumentów rejestrowych. Pełnomocnictwo należy złożyć w formie oryginału lub notarialnie poświadczonej kopii)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: **Dostawa sprzętu IT, oprogramowania narzędziowego, licencji wraz z modułami oraz usług informatycznych i technicznych w ramach realizacji projektu pt. „Wzrost jakości i dostępności usług medycznych poprzez wdrożenie Zintegrowanego Systemu Informatycznego w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bolkowie”** prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bolkowie:

- oświadczam/y, że w celu potwierdzenia braku podstaw wykluczenia Wykonawcy z udziału w postępowaniu na podstawie § 5 pkt. 9 Rozporządzeniem Ministra Rozwoju z dnia 26 lipca 2016r. W sprawie rodzajów dokumentów, jakich może żądać zamawiający od wykonawcy w postępowaniu o udzielenie zamówienia (Dz. U. Z 2016r. Poz. 1126) Wykonawca, którego reprezentuję/my **NIE ZALEGA** z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991r. o podatkach i opłatach lokalnych (Dz. U. 2016r. Poz. 716)

.....
data i podpis Wykonawcy