**BSU/9/2024 Załącznik nr 4 do Zaproszenia**

**Oświadczenie Wykonawcy**

Oświadczam, że

………………………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa Wykonawcy)*

………………………………………………………………………………………………………………………

*(adres Wykonawcy)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie usług z zakresu medycyny pracy na rzecz Szpitala Grochowskiego sp. z o.o.** prowadzonego przez Szpital Grochowski sp. z o.o.*,* oświadczam co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. nie zalegamy z opłacaniem podatków / uzyskaliśmy przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności / wstrzymano w całości wykonanie decyzji właściwego organu \*;

2) nie zalegamy z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne / uzyskaliśmy przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności / wstrzymano w całości wykonanie decyzji właściwego organu\*.

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

*(miejscowość, data i podpis osoby uprawnionej do składania*

*oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*)

\* niepotrzebne skreślić