***Załącznik Nr 2 do Ogłoszenia o zamówieniu - Oświadczenie o braku podstaw do wykluczenia z postepowania***

**Zamawiający:**

*Pomorski Uniwersytet Medyczny   
w Szczecinie*

**Wykonawca:**

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

*(Pełna nazwa/firma, adres podmiotu)*

reprezentowany przez:

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

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

**Oświadczenie wykonawcy o braku podstaw do wykluczenia z postępowania**

Przystępując do postępowania na usługę społeczną pn.: „*Świadczenie usług pocztowych dla Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie*”*,* oświadczam, że wobec podmiot który reprezentuję:

1) nie otwarto likwidacji, nie ogłoszono upadłości,

2) nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne\* / wykonawca dokonał płatności należnych podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności\*,

3) nie naruszył obowiązków dotyczących płatności podatków lub opłat lokalnych\* / wykonawca dokonał płatności należnych podatków lub opłat wraz z odsetkami lub grzywnami lub zawarł wiążące porozumienie w sprawie spłaty tych należności\*

4) sąd nie orzekł zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne i nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne.

\*niepotrzebne skreślić

*............................, dnia ………………..* ……...................................................................

*Podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy oraz pieczątka / pieczątki*