## **Załącznik nr 2a**

**OŚWIADCZENIE**

**Dotyczy: Przetarg nieograniczony 10/PN/U/PL/2019 na usługi przewozowe ambulansem pod opieką lekarską, przewóz pacjentów z ratownikiem medycznym, przewóz pacjentów z sanitariuszem oraz transport samochodowy na rzecz SPWZOZ w Stargardzie.**

Nazwa .......................................................................................................................................................

Adres .........................................................................................................................................................

Telefon ...........................................Fax......................................E-mail.....................................................

Nazwisko i Imię.........................................................................................................................................

Rodzaj upoważnienia do reprezentowania firmy ......................................................................................

Niniejszym zgodnie z art. 25a ust. 1 ustawy Prawo Zamówień Publicznych

oświadczam, że :

**Nie podlegam wykluczeniu z powodów określonych w art 24 ust. 1 pkt. 12-23 PZP oraz w art. 24 ust. 5 pkt. 1) PZP.**

##  Miejscowość, data, podpis..................................................