***Załącznik Nr 7 do SWZ***

Zamawiający: **Gmina Stawiski**

 **Plac Wolności 13/15**

 **18-520 Stawiski**

**Wykonawca:**

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

………………………………………

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

………………………………………

*(adres skrzynki ePUAP)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835) oraz rozporządzenia Rady (UE) 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: ***„Świadczenie usług fizjoterapeuty”,*** *nr postępowania:* SGiT.271.1.12.2022, prowadzonego przez Gminę Stawiski oświadczam, że na dzień składania ofert **NIE PODLEGAM** wykluczeniu
z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego oraz na podstawie art. 5k rozporządzenia 833/2014 w brzmieniu nadanym rozporządzeniem 2022/576.

…………….…….………….…….

*(miejscowość, data)*

 ………………………………………

 *(podpis)*