**Д Е К Л А Р А Ц И Я**

**по 16г, ал. 5, т. 2 от ЗОП**

Подписаният/ата

(трите имена)

данни по документ за самоличност

(номер на лична карта, дата, орган и място на издаването)

в качеството си на

(длъжност)

на

(наименование на участника)

ЕИК/БУЛСТАТ

в съответствие с изискванията на възложителя при възлагане на обществена поръчка с предмет "Осигуряване на въздушен транспорт, хотелски настанявания и медицински застраховки при служебни пътувания за служителите на Министерство на земеделието и храните "

**ДЕКЛАРИРАМ, ЧЕ:**

Съм/Не съм вписан в регистъра на специализираните предприятия и кооперации на хора с увреждания, поддържан от Агенцията за хората с увреждания или в еквивалентен регистър на държава - членка на Европейския съюз, а именно:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(посочва се еквивалентен регистър когато е приложимо)

Известна ми е отговорността по чл. 313 от Наказателния кодекс за неверни данни.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 г. Подпис: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

/…………………………………./

*Забележка: Когато участникът е обединение, декларацията се представя съответно от всеки от участниците в обединението.*