Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego

ZP.321.10.2021

**Wykonawca:**

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

imię i nazwisko lub nazwa (firma) wykonawcy

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

adres wykonawcy

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

NIP/PESEL KRS/CEiDG

**reprezentowany przez:**

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

imię i nazwisko

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

stanowisko/podstawa do reprezentacji

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.- Prawo zamówień publicznych (zwanej dalej "ustawa Pzp") ,**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTEPOWANIU**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą:

**„(II) Zakup miniwykładów/konsultacji z zakresu klinicznej pracy socjalnej w ramach projektu pn. „Nowa jakość pomocy społecznej – wdrożenie usprawnień organizacyjnych**

**w Ośrodku Pomocy Społecznej w Gliwicach”**

oświadczam(y), co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZACA WYKONAWCY**

Oświadczam(y), ze spełniam(y) warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego   
w zapytaniu ofertowym.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość, data podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie** **art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych,**

**DOTYCZACE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTEPOWANIA**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia publicznego pod nazwą:

**„(II) Zakup miniwykładów/konsultacji z zakresu klinicznej pracy socjalnej w ramach projektu pn. „Nowa jakość pomocy społecznej – wdrożenie usprawnień organizacyjnych w Ośrodku Pomocy Społecznej w Gliwicach”**

oświadczam(y), co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY**

1. Oświadczam(y), że nie podlegam(y) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108   
ust. 1 ustawy Pzp.

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

miejscowość, data podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

Oświadczam(y), ze zachodzą w stosunku do mnie/nas podstawy wykluczenia   
z postepowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp   
*(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art.* *108 ust. 1 pkt 1, 2   
i 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 2-5 i 7-10 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem/ podjęliśmy następujące środki naprawcze:

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

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

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

miejscowość, data podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA**

Oświadczam(y), że następujący(e) podmiot(y), będący(e) podwykonawca(ami):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  lub nazwa/firma | Adres/siedziba | NIP/PESEL | KRS/CEiDG |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

nie podlega(a) wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

miejscowość, data podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI**

Oświadczam(y), że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

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

miejscowość, data podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej

W przypadku podmiotów występujących wspólnie (np. konsorcjum, spółka cywilna) oświadczenie powinien złożyć **każdy podmiot (uczestnik konsorcjum, wspólnik spółki cywilnej).**