

Załącznik nr 3 do SWZ.

Zamawiający:

GMINA SKOŁYSZYN

38-242 Skołyszyn 12

tel. /fax 13 4491062-64

e-mail: przetargi@skolyszyn.pl; gmina@skolyszyn.pl

strona internetowa: <https://bip.skolyszyn.pl>

Wykonawca:

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:

NIP/PESEL, KRS/CEiDG) reprezentowany przez:

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Nr postępowania - oznaczenie zamawiającego: GPIR.271.1.5.2024

**Oświadczenie wykonawcy składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp
DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU.**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w Gminie Skołyszyn w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024**”, prowadzonego przez **Gminę Skołyszyn**, oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w SWZ – **rozdział VI**

..... (miejsowość), dnia r.

.....
(podpis)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, 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.

..... (miejsowość),

dnia r.

..... (podpis)

Formularz należy podpisać elektronicznie: kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.