**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**

…………….……. *(miejscowość),* 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.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ……………………………….……. r.

 ………………………………………… *(podpis)*

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