Załącznik nr 4 do SWZ

Wykonawca *(pełna nazwa/firma)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

reprezentowany przez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 125 ust. 1

ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej: „Pzp”)

DOTYCZĄCE **SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „Wykonywanie usług opiekuńczych, w tym specjalistycznych usług opiekuńczych”, oświadczam  
co następuje:

1. OŚWIADCZAM, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Rozdziale IX ust. 2 SWZ.

**OŚWIADCZENIE O POLEGANIU NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW[[1]](#footnote-1)**OŚWIADCZAM, że w celu wykazania spełniania warunków udziału  
w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Rozdziale IX ust. 2 SWZ polegam na zasobach następujących podmiotów *(wskazać podmioty i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)*:

|  |  |
| --- | --- |
| Podmiot trzeci (nazwa, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG) | Zakres udostępnionych zasobów |
|  |  |
|  |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

1. OŚWIADCZAM, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**UWAGA:  
Dokument musi być opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym,**

**lub podpisem osobistym przez osobę uprawnioną do reprezentowania wykonawcy,**

**lub osobę upoważnioną do występowania w jego imieniu.**

1. Wypełnić, jeżeli dotyczy. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-1)