Załącznik nr 3 do SWZ

**ZNAK:** MOPS.ZP.2.2021

**Zamawiający:**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie

**Dane podmiotu:**

……………………………………………………………………….....

………………………………………………………..........................

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**SKŁADANE NA PODSTAWIE ART. 125 UST. 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R.**

**PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (DALEJ: USTAWA)**

**DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA
I SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na

**usługę świadczenia usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej oraz usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców miasta Iława. Zamówienie z wolnej ręki.**

prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie, oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 i art. 109 ust. 1 ustawy oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w Rozdziale V SWZ.

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania
na podstawie art. ............. ustawy (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt …………. lub art. 109 ust. 1 pkt ………… ustawy). Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………......................................................…………… …………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**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.