**Załącznik nr 4 do SWZ**

**ZNAK:** MOPS.ZP.2.2021

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU,   
O KTÓRYM MOWA W ART. 125 USTAWY PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH W ZAKRESIE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA WSKAZANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO**

**POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**(składane przez Wykonawcę na wezwanie Zamawiającego)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy: | …………………………………………………………………………...… | | |
| Adres Wykonawcy: | …………………………………………………………………………...… | | |
| KRS: | ………………………... | NIP: | ………………………........ |
| tel.: | ………………………... | e-mail: | ………………………........ |

Oświadczam, że informacje zawarte w oświadczeniu wypełnionym w związku z postępowaniem  
o udzielenie zamówienia publicznego na **Usługę świadczenia usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej oraz usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców miasta Iława. Zamówienie z wolnej ręki.** w zakresie podstaw wykluczenia są nadal aktualne.