**Znak sprawy: IRP.272.4.22.2024**

*Załącznik nr 8 do SWZ*

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Powiat Łęczyński - Powiatowy Zakład Aktywności Zawodowej w Łęcznej**

**ul. Krasnystawska 52, 21-010 Łęczna**

**województwo lubelskie**

**telefon: (81) 752 29 20, faks: (81) 752 29 20**

**REGON: 060196692, NIP: 5050056689**

Adres poczty elektronicznej: sekretariat@zaz.leczna.pl

**PODMIOTY W IMIENIU KTÓRYCH SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

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

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

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

reprezentowane przez:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

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

|  |
| --- |
| **Oświadczenie składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (tekst jedn.: Dz. U. 2023 poz. 1605 ze zm.) - dalej: ustawa Pzp** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego którego przedmiotem jest**” Dostosowanie i modernizacja pomieszczeń Powiatowego Zakładu Aktywności Zawodowej w Łęcznej dla osób ze szczególnymi potrzebami w ramach programu PFRON *Dostępna przestrzeń publiczna*”** prowadzonego przez **Powiat Łęczyński** działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie oświadczam, że:

Wykonawca:

…………………………………………………..…..…………

*Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:*

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*Wykonawca:*

…………………………………………………..…..…………

*Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:*

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą.

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

…………………………………………

*(podpis)*