**Numer postępowania: MCM/WSM/ZP9/2020**

**Załącznik Nr 3 do Ogłoszenia**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………………………………………………

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne ogłoszone w trybie art. 138o ustawy Pzp., pn.: **Usługi** **dostarczania posiłków dla pacjentów Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o., w Miliczu,**  prowadzonego przez: **Milickie Centrum Medycznego sp. z o.o., w Miliczu***,*

oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w Ogłoszeniu o Zamówieniu i opisie przedmiotu zamówienia – Załącznik Nr 1 do ogłoszenia o Zamówieniu, Nr postępowania MCM/WSM/ZP9/2020*, w której określono warunki udziału w postępowaniu)*.

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

…………………………………………

*(podpis Wykonawcy)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Ogłoszeniu o Zamówieniu na Usługi Społeczne i opisie przedmiotu zamówienia – Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia o Zamówieniu, Nr postępowania MCM/WSM/ZP9/2020*, w których określono warunki udziału w postępowaniu),* polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………..………….……, w następującym zakresie: ……………………………………………………………………………..……………….…………………………

*(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

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

…………………………………………

*(podpis Wykonawcy)*

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Usługi** **dostarczania posiłków dla pacjentów Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o., w Miliczu,**prowadzonego przez **Milickiego Centrum Medycznego sp. z o.o., w Miliczu***,* oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 pkt. 1, pkt.2, pkt.4 ustawy Pzp.

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

…………………………………………

*(podpis Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, na którego/ych zasoby powołuję się w niniejszym postępowaniu, tj.: ……………………………………………………………………………..…………….……………………… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* nie podlega/ją wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia.

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

…………………………………………

*(podpis Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY NIEBĘDĄCEGO PODMIOTEM, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA:**

Oświadczam, że następujący/e podmiot/y, będący/e podwykonawcą/ami: ……………………………………………………………………..….…… *(podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*, nie podlega/ą wykluczeniu z postępowania   
o udzielenie zamówienia.

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

…………………………………………

*(podpis Wykonawcy)*

**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 i pieczęć osoby / osób

uprawnionej / uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy