załącznik nr 4 do SWZ

* 1. numer sprawy:
	2. MCPS.ZP/AM/351-15/2021 TP/U

**Zamawiający:**

**Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej**

**ul. Grzybowska 80/82, 00-844 Warszawa,**

**WYKONAWCA**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(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 19 września 2019 r. prawo zamówień publicznych (dalej jako: pzp) dotyczące spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz przesłanek wykluczenia z postępowania

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Przeprowadzanie monitoringu przebiegu realizacji „Wojewódzkiego Programu Polityki Senioralnej na lata 2019-2021 dla województwa mazowieckiego na podstawie opracowanego formularza ankiety”**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w § 10 ust. 1 specyfikacji warunków zamówienia (SWZ).

## OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Przeprowadzania monitoringu przebiegu realizacji „Wojewódzkiego Programu Polityki Senioralnej na lata 2019-2021 dla województwa mazowieckiego na podstawie opracowanego formularza ankiety”**,prowadzonego przez Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej*,* oświadczam, co następuje:

nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 oraz 109 ust 1 pkt 4 ustawy oraz wskazuję, że dokumenty na potwierdzenie tych faktów, znajdują się w formie elektronicznej pod następującym adresem internetowym ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych:

 [**https://ems.ms.gov.pl**](https://ems.ms.gov.pl)

 [**https://prod.ceidg.gov.pl**](https://prod.ceidg.gov.pl)

*(należy zaznaczyć właściwe)*

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. PZP *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 4 PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ………………………………………………………………………… \*)

**\*) wypełnić jeżeli dotyczy Wykonawcy składającego ofertę**

### Informujemy, że zgodnie z poniższą definicją spełniamy przesłanki kwalifikujące reprezentowany podmiot jako mikroprzedsiębiorstwo/małe przedsiębiorstwo/średnie przedsiębiorstwo:

**TAK / NIE**

Zgodnie z definicją MŚP określoną w Rozporządzeniu Komisji (UE) nr 651/2014 z dnia 17 czerwca 2014 r.:\*\*)

[ ]  **Mikroprzedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR.

[ ]  **Małe przedsiębiorstwo:** przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR.

[ ]  **Średnie przedsiębiorstwa:** przedsiębiorstwa, które nie są mikroprzedsiębiorstwami ani małymi przedsiębiorstwami i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

**\*\*) zaznaczyć określenie, które dotyczy Wykonawcy składającego ofertę**