**Znak sprawy: GOPS.FK.27.271.1.2021.SG Załącznik nr 2 do SWZ**

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W INOWROCŁAWIU**

**ul. Królowej Jadwigi 43, 88-100 Inowrocław**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE****PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA** |
| **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi, klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu** |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY:** |

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust 1 ustawy Pzp.
2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 109 ust. 1 ustawy Pzp – w zakresie wymaganym przez Zamawiającego w SWZ.

 *Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

 *Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

***(wypełnić jeżeli dotyczy)*** Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia
z postępowania na podstawie art. …………. ustawy Pzp *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 ust. 1 pkt 1, 2 i 5 lub art. 109 ust. 1 pkt 2-5 i 7-10 ustawy Pzp).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 ustawy Pzp podjąłem następujące środki naprawcze:

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

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

 *Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

 *Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODMIOTU, NA KTÓREGO ZASOBY POWOŁUJE SIĘ WYKONAWCA***(wypełnić jeżeli dotyczy)* |

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.

 *Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

 *Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania 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.

 *Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

 *Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*