Załącznik nr 4 do SWZ

**Zamawiający:**

POWIAT BYDGOSKI   
działający przez   
POWIATOWĄ PORADNIĘ PSYCHOLOGICZNO-PEDAGOGICZNĄ  
w Koronowie z filią w Bydgoszczy,   
ul. Szosa Kotomierska 3,   
86-010 Koronowo

**Wykonawca:**

……………………………….………….……………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………..………………………………..………………………

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

**Oświadczenia wykonawcy**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**ZAPEWNIENIE REALIZACJI ZADAŃ WIODĄCEGO OŚRODKA KOORDYNACYJNO-REHABILITACYJNO-OPIEKUŃCZEGO W RAMACH REALIZACJI W POWIECIE BYDGOSKIM PROGRAMU KOMPLEKSOWEGO WSPARCIA DLA RODZIN ,,ZA ŻYCIEM” W ROKU 2024**

oświadczam, iż:

1. mam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z praw publicznych;
2. nie toczy się przeciwko mojej osobie postępowanie karne w sprawie o umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego;
3. nie byłam/em skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;

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

*…………………………………………………..  
podpis osoby Wykonawcy*