Załącznik nr 5 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, w oparciu o zapis art. 274 ust. 4 ustawy Pzp, **że Zamawiający dysponuje** dokumentami niezbędnymi do potwierdzenia moich kwalifikacji zawodowych i doświadczenia. Żądane przez Zamawiającego podmiotowe środki dowodowe na potwierdzenie kwalifikacji i doświadczenia Zamawiający może uzyskać :

* w dziale kadr Powiatowej Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej,
* w postępowaniu prowadzonym przez Zamawiającego w roku 2022

sygn. akt …………………………..…….

na co wyrażam zgodę.

Oświadczam, że wszystkie informacje w jakich posiadaniu jest Zamawiający, a których dotyczy powyższe oświadczenie, są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji.

*(Plik/Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym)*