**Znak sprawy: CUS.FK.27.271.10.2025 Załącznik nr 3 do SWZ**

**CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH GMINY INOWROCŁAW**

**ul. Metalowców 3, 88-100 Inowrocław**

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE**  **SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU** |
| **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania  dla osób z zaburzeniami psychicznymi,  klientów Centrum Usług Społecznych Gminy Inowrocław** |

|  |
| --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY** |

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego   
w Specyfikacji Warunków Zamówienia

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

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

|  |
| --- |
| **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**  *(wypełnić jeżeli dotyczy)* |

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

..……………………………………………………………………………………………………………….…… w następującym zakresie:

..……………………………………………………………………………………………………………….……

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

*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*