**Zamawiający:**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Kilińskiego 102/102A

90-012 Łódź

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:**  ………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………….………………  *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG, nr telefonu, adres e-mail)*  reprezentowany przez:  ………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………….………………  *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE MOŻLIWOŚCI UBIEGANIA SIĘ WYKONAWCY O ZAMÓWIENIE**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług społecznych pn.

**Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej, w formie pobytu całodobowego   
w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ,,Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2020**

oświadczam co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że mogę ubiegać się o niniejsze zamówienie, gdyż spełniam warunki udziału w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne   
z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……………………………*,* dnia …………………………………. r.

(miejscowość i data)

………………………………………………

(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)