**Załącznik nr 3b do SWZ (składają podmioty na zasoby, których powołuje się Wykonawca)**

**Oświadczenie podmiotu na zasoby, którego powołuje się Wykonawca**

**Składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.   
Prawo zamówień publicznych**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi**

**ul. Kilińskiego 102/102a, 90-112 Łódź**

1. **Dane podmiotu na zasoby, którego powołuje się Wykonawca:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu na zasoby, którego powołuje się Wykonawca** | **Adres(y)** | **NIP** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego,  
pn. **Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej, w w miejscu zamieszkania osoby niepełnosprawnej, w ramach Programu Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej ,,Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2021.**-oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIE podmiotu na zasoby, którego powołuje się Wykonawca**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia i ogłoszeniu o zamówieniu.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………… | …………………………………….. |
| Miejscowość / Data | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszego oświadczenia w imieniu podmiotu na zasoby, którego powołuje  się Wykonawca Oferta w postaci elektronicznej winna być podpisana  w formie kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub w postaci podpisu zaufanego lub w postaci podpisu osobistego. |