**Załącznik nr 3 do SWZ  
DAK.221.7.2022**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

PODMIOT W IMIENIU KTÓREGO SKŁADANE JEST OŚWIADCZENIE

Wykonawca, w tym Wykonawca wspólnie ubiegający się o udzielenie zamówienia Podmiot udostępniający zasoby.

……………………………… …………………………………………………..…..………… …………………………………..…………………………………………………..…..………… ……………………………… …………………………………………………..…..………… …………………………………..…………………………………………………..…..………… …………………………………………………..…..………… ………………………………  
(pełna nazwa/firma, adres,   
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG) reprezentowany przez: …………………………………………………..…..……………………………………….……………………….…………………………………………………..…..………………………………….. (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

W związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubartowie którego przedmiotem jest

***„Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej na rzecz mieszkańców Miasta Lubartów zgodnie z Programem „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2022 Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej”***

oświadczam, że podmiot, który reprezentuję:

Spełnia warunki udziału w postępowaniu zgodnie z art. 112 ust. 2 ustawy PZP, określone przez Zamawiającego w pkt. 8.1. Specyfikacji Warunków Zamówienia.

**Oświadczenie w związku z poleganiem na zasobach innych podmiotów:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| lp. | Nazwa podmiotu | Zakres powierzonego zasobu |
|  |  |  |
|  |  |  |

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.

**Oświadczenie musi być podpisane przez osobę/osoby uprawnioną(ne) do reprezentowania Wykonawcy**