**Załącznik nr 3 do SWZ  
DAK.221.11.2021**

**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)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego którego przedmiotem jest *„Świadczenie usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych oraz specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na rzecz mieszkańców Miasta Lubartów”*

prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Lubartowie, oświadczam, że podmiot,   
w imieniu którego składane jest oświadczenie:

1. **Oświadczenie dotyczące Wykonawcy:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu zgodnie z art. 112 ust. 2 ustawy PZP, określone przez Zamawiającego w specyfikacji warunków zamówienia.

1. **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**