

**Zamawiający:**

Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ,  
ul. Południowa 2 A, 62-510 Konin,  
NIP 6652679972, REGON 311611013

**Wykonawca:**

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień  
publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „Usługa indywidualnego poradnictwa neurologopedy w związku z realizacją Projektu „Aktywni i niezależni” – zwiększenie samodzielności osób z niepełnosprawnością w subregionie konińskim współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Priorytet VII „Włączenie społeczne” Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne.”, **oświadczam, co następuje:**

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym.

....., dnia ..... r.  
(miejscowość)

.....  
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

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

.....  
.....  
.....  
.....

w następującym zakresie:

.....

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

....., dnia ..... r.  
*(miejscowość)*

.....  
*(podpis osoby upoważnionej 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.

....., dnia ..... r.  
*(miejscowość)*

.....  
*(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*