

Projekt „Kompleksowe wsparcie medyczne zapewnieniem poprawy zdrowia osób niesamodzielnych” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik 4

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU
ORAZ O BRAKU INNYCH PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Niniejszym oświadczam, że:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności objętej zamówieniem,
2. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie,
3. Posiadam zdolność finansową do realizacji przedmiotu zamówienia,
4. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych,
5. Posiadam obywatelstwo polskie, 6. Posiadam aktualne prawo do wykonywania zawodu.

Ponadto oświadczam, że:

1. W stosunku do firmy nie otwarto likwidacji i nie ogłoszono jej upadłości.
2. Firma nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.
3. Nie zostałem skazany / zostałam skazana za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Oferenta lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji)