*Zał. nr 1b do SWZ Og.271.TP.10.2023*

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Gmina Rogowo**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Rogowo 51

87-515 Rogowo

NIP: 8921429788

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy****(pełna nazwa/firma):** |  |
| **Adres****Wykonawcy*:*** |  |
| **w zależności****od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG** |  |
| **Reprezentowany przez (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)** |  |

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonego w trybie art. 275 pkt 1 ustawy Prawo zamówień publicznych pn. **Usługi fizjoterapeuty na potrzeby Dziennego Domu Pobytu w Starym Kobrzyńcu oraz specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania** (nr post. *Og.271.TP.10.2023*), prowadzonego przez Gminę Rogowo, oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w §13 SWZ

**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.

***Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***