Znak sprawy: **PCPR.ŚR.261.9.2024 Załącznik nr 3 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Powiat Olsztyński – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olsztynie**  
adres: **ul. Bałtycka 65, 10 – 175 Olsztyn**

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**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. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Organizacja i przeprowadzenie grupowego szkolenia wyjazdowego realizowanego w ramach projektu ,,Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ” na lata 2024 – 2028, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021 – 2027,** prowadzonego przez**Powiat Olsztyński – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olsztynie**oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego w **pkt. 5.1.4  SWZ, tj. warunku dot. zdolności technicznej i zawodowej.**

…………………………………………

*(podpis)*

**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.

…………………………………………

*(podpis)*

* dokument należy złożyć w formie elektronicznej, tj. w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym