*Wzór -* Załącznik nr 2a do SWZ

*Sygnatura sprawy: MOPS 26.24.2024*

**Zamawiający:**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brańsku

ul. Rynek 25/2

17-120Brańsk

**Wykonawca/podmiot udostępniający zasoby1:**

………………………………………

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

**reprezentowany przez:**

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy/podmiotu udostępniającego zasoby1**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 lub 5¹ ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Ustawa),**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: ***„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na rok 2025”*** nr ref.: **MOPS 26.24.2024** prowadzonego przez **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brańsku,**oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY/PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY1:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w SWZ do postępowania nr MOPS 26.24.2024 prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brańsku

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW2**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu, określonego przez Zamawiającego w postępowaniu nr MOPS 26.24.2024 .prowadzonemu przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Brańsku polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: ………………………………………………………………………………….………………

W następującym zakresie:…………………………………………..………………………………… *(określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

**1 – niepotrzebne skreślić;**

**2 – wypełnia tylko Wykonawca, który w celu wykazania spełnienia warunków udziału polega na zasobach podmiotu**