**Załącznik nr 2a do SWZ**

**Zamawiający:** Powiat Szczycieński

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie

ul. Marii Konopnickiej 70

12-100 Szczytno

……………………………………………………*pełna nazwa/firma*

……………………………………………………

*adres*

……………………………………………………

*NIP/PESEL/ KRS/CEIDG*

reprezentowany przez:

……………………………………………………

*imię, nazwisko,*

……………………………………………………

*stanowisko/podstawa do reprezentacji*

**Oświadczenie podmiotu udostępniającego zasoby**

*(należy przedstawić dla każdego podmiotu udostępniającego zasoby oddzielnie)*

**składane na podstawie art. 125 ust. 5 ustawy Pzp w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym   
z możliwością negocjacji pn. **„Świadczenie usług terapeutycznych w ramach projektu pn. „Przyszłość pieczy zastępczej naszą motywacją na lepsze jutro rodziny i dziecka”** w związku ze złożeniem oferty przez Wykonawcę:

………………………………………………………………………………………………oświadczam, co następuje:

* + - * 1. Spełniam warunek udziału w postępowaniu, określony przez Zamawiającego w rozdziale   
           VI ust. 2 SWZ i udostępniam Wykonawcy zasoby w zakresie wynikającym z załączonego zobowiązania.

1. Zamawiający może uzyskać podmiotowe środki dowodowe za pomocą bezpłatnych   
   i ogólnodostępnych baz danych, w następujący sposób\* ….…………………………………
2. Podane informacje są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

*(\*jeżeli dotyczy)*

(podpis osoby uprawnionej w imieniu Wykonawcy)