**Załącznik nr 2 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 Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 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”**

* + - * 1. Spełniam warunek udziału w postępowaniu, określony przez Zamawiającego w rozdziale   
           VI ust. 2 SWZ dotyczący zdolności technicznej i zawodowej.

1. W celu potwierdzenia spełnienia tego warunku polegam na zasadach określonych w art. 118 ustawy Pzp, na zdolnościach następujących podmiotów\*:

………………………………………………………………………………………………………...

(należy podać pełną nazwę/firmę, adres, a także w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

w zakresie………………………………..…………………………………………………………

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)