Załącznik nr 4 do SWZ

Dom Pomocy Społecznej w Nowogardzie

72 – 200 Nowogard , Smużyny 2

z filią w Nowogardzie przy Ul . Piłsudskiego 9

*(Zamawiający)*

Ja/my\* niżej podpisani:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

działając w imieniu i na rzecz:

..................................................................................................

..................................................................................................

(pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)

Adres: …………………………………………………………………………………………………..

Kraj: ……………………………………

REGON: …….………………………………..

NIP: ………………………………….

TEL.: …………………….………………………

Adres skrzynki ePUAP: ……………………………………………

adres e-mail: ……………………………………

(na które Zamawiający ma przesyłać korespondencję)

Oświadczenie Wykonawcy

**O AKTUALNOŚCI INFORMACJI ZAWARTYCH W OŚWIADCZENIU, O KTÓRYM MOWA W ART. 125 UST. 1 PZP**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**„Dostawę wyrobów mleczarskich do Domu Pomocy Społecznej w Nowogardzie”**

*(nazwa postępowania)*,

prowadzonego przez :

**Dom Pomocy Społecznej w Nowogardzie , 72 -200 Nowogard , Smużyny 2 z filią w Nowogardzie przy ul. Piłsudskiego 9**

*(oznaczenie Zamawiającego)*

oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w złożonym

przeze mnie wcześniej oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 Pzp nadal są aktualne.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

……………………………………

(podpis)

Informacja dla Wykonawcy:

Oświadczenie składa tylko Wykonawca, którego oferta zostanie najwyżej oceniona na wezwanie Zamawiającego.

Załącznik nr 5 (wykaz zamówień)

#### ........................................

*( pieczęć oferenta)*

**WYKAZ ZREALIZOWANYCH ZAMÓWIEŃ**

w zakresie niezbędnym do wykazania spełniania warunku wiedzy i doświadczenia w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy — w tym okresie,

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zamawiający**  (adres + nr telefonu) | **Opis zamówienia** | **Cena** | **Okres realizacji** | |
| Rozpoczęcie  m-c, rok | Zakończenie  m-c, rok |
|  |  |  |  |  |  |

POUCZENIE:

Art. 297 § 1 KODEKS KARNY: Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego (…) przedkłada podrobiony,

przerobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelne, pisemne oświadczenie

dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania (…) zamówienia, podlega karze pozbawienia

wolności od 3 miesięcy do lat 5.

...................................., dn. …..……................

...............................................................................

Podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta

/WZÓR/ załącznik nr 6

WYKAZ ARTYKUŁÓW

**wobec których Dostawca stosuje inne nazwy aniżeli ujęte przez Zamawiającego.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Poz.** | **Nazwa użyta przez Zamawiającego w formularzu oferty** | **Nazwa stosowana przez oferenta wobec towaru z rubr. 2 przy założeniu tych samych norm** |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

...............................................................................

Podpis upoważnionego przedstawiciela Oferenta

/WZÓR/ załącznik nr 7

#### ........................................

#### (pieczęć oferenta)

#### OŚWIADCZENIE

Oświadczam że: nie zalegam / zalegam/\* z opłacaniem podatków w Urzędzie Skarbowym

oraz opłat i składek w Zakladzie Ubezpieczeń Społecznych lub: ( uzyskałem zgodę na

zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności)\* lub ( uzyskałem zgodę na

wstrzymanie w całości wykonania decyzji organu podatkowego)\*.

................................ dnia................. r

.......................................................

( podpis Dostawcy )

niepotrzebne skreślić