**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Wykonawca:**

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

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

(pełna nazwa/firma, adres, adres e-mail)

dotyczy zamówienia publicznego pn.

**„Świadczenie usług opiekuńczych dla osób zamieszkałych na terenie Gminy Wyszków w okresie 01.01.2026 r. – 31.12.2026 r., w tym świadczenie usług opiekuńczych w okresie 01.01.2026 – 30.04.2026 w ramach realizacji projektu <<Kompleksowe usługi społeczne w Gminie Wyszków>> współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu VIII Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu Działania 8.5 Usługi społeczne i zdrowotne programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 r.”**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O BRAKU ZALEGŁOŚCI PODATKOWYCH ORAZ ZALEGŁOŚCI W OPŁACANIU SKŁADEK**

**NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE I SPOŁECZNE**

**Oświadczam(y), że:**

1. Nie posiadam/posiadamy \*zaległości z tytułu opłacania składek,
2. Nie posiadam/posiadamy \*zaległości w opłacaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne.

Jestem/jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karnego, za złożenie fałszywego oświadczenia.

*…….............................................................*

Podpis kwalifikowany, podpis zaufany lub podpis osobisty osoby uprawnionej do reprezentowania wykonawcy)

\* Nie potrzebne skreślić