Załącznik nr 2 do SWZ

OA.271/10/2025 ……………………………………..

*(miejscowość, data)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE DOTYCZĄCE ZAMAWIAJĄCEGO:** |  | **DANE DOTYCZĄCE  WYKONAWCÓW:** |
| **Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Nowej Sarzynie**  ul. Ignacego Łukasiewicza 2  37-310 Nowa Sarzyna  NIP: 8161545743 REGON: 690007499  nr telefonu +48 17 71 78 169  Adres poczty elektronicznej: mgops@nowasarzyna.eu |  | **..........................................................................**  **..........................................................................**  **..........................................................................**  **..........................................................................**  NIP/PESEL: **..............................**  REGON: **..............................**  **..........................................................................**  **..........................................................................**  **..........................................................................**  **..........................................................................**  NIP/PESEL: **..............................**  REGON: **..............................**  reprezentowane przez:  **..........................................................................**  **..........................................................................** |

* 1. **OŚWIADCZENIE WYKONAWCÓW**
  2. **WSPÓLNIE UBIEGAJĄCYCH SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA**
  3. **składane na podstawie art. 117 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej: ustawa Pzp)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***Dożywianie prowadzone przez MGOPS w Nowej Sarzynie w 2026 roku*** oświadczam, co następuje:

Działając jako pełnomocnik podmiotów, w imieniu których składane jest oświadczenie **oświadczam, że:**

**Wykonawca:**

………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

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

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

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

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

**Wykonawca:**

………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………

Wykona następujący zakres świadczenia wynikającego z umowy o zamówienie publiczne:

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **UWAGA:** |
| Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowalnym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym. |

*..............................................*

*(podpis Wykonawcy)*