**Załącznik nr 4 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*

**OŚWIADCZENIA**

składane w celu wykazania braku podstaw wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy   
z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 507).

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym z możliwością negocjacji pn. **„Świadczenie usług diagnostycznych w ramach projektu pn. „Przyszłość pieczy zastępczej naszą motywacją na lepsze jutro rodziny i dziecka”** oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

**Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy** z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 r. poz. 507).

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

(podpis osoby uprawnionej do składania   
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)