**Załącznik nr 5 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**

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, że informacje w złożonych wraz z ofertą oświadczeniach:

* w zakresie braku podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, o których mowa w art. 108 ust. 1 ustawy Pzp i w art. 109 ust. 1 pkt 4, 7, 8 i 10 ustawy Pzp,
* 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),

są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

(podpis osoby uprawnionej do składania

oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)