**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Zamawiający:**

***SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze***

*ul. Zamkowa 1, 66-003 Zabór*

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako „PZP”),**

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA ORAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU   
W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług psychoterapeuty/psychologa klinicznego/terapeuty środowiskowego ( wybrać odpowiednie)** prowadzonego przez ***SP ZOZ Centrum Leczenia Dzieci i Młodzieży w Zaborze*** oświadczam, co następuje:

*(UWAGA: jeżeli którakolwiek z niżej wymienionych sytuacji nie zachodzi po stronie Wykonawcy, należy wykreślić daną klauzulę):*

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu oraz nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1 PZP

ALBO:

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. …………. ustawy PZP *(podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 108 PZP).* Jednocześnie oświadczam, że w związku z ww. okolicznością, na podstawie art. 110 ust. 2 PZP podjąłem następujące środki naprawcze: ……………………………………………………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

**Oświadczam że nie podlegamy wykluczeniu** na podst. art. 7 ust. 1 ustawyz dnia 13 kwietnia 2022 o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

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

*(kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty)*