**Zapytanie ofertowe nr 2/PDP**

**Załącznik nr 4**

**Zamawiający:** **NZOZ VIAMED Sp. z o. o.**

ul. Sławinkowska 120a, 20-810 Lublin

NIP 7123471723, REGON 527945942

**Wykonawca:** Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

(należy wpisać pełną nazwę/ firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**Reprezentowany przez**: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

(należy wpisać imię, nazwisko, stanowisko/ podstawa do reprezentacji)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na przeprowadzenie **Doradztwa i poradnictwa zawodowego w kontekście uwarunkowań zdrowia psychicznego,** w projekcie „**Program deinstytucjonalizacji w zakresie psychiatrii osób dorosłych**” umowa nr 130/FELU.08.06-IZ.00-0007/25-00 realizowanym w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Działanie FELU.08.06 Usługi Zdrowotne.

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 (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 507).

Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są aktualne i zgodne z prawdą.

Data i miejscowość: Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Podpis Wykonawcy lub upoważnionego przedstawiciela:

………………………………………… …………………………………………

(imię i nazwisko/nazwa + PESEL/nr KRS/NIP) (podpis osób uprawnionych)