

Załącznik nr 2a do SWZ

Zamawiający:
Miejski Ośrodek Pomocy
Rodzinie
25-544 Kielce
ul. Studzienna 2

Wykonawca:

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

reprezentowany przez:

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

Oświadczenie Podmiotu udostępniającego zasoby
(jeżeli dotyczy)

składane na podstawie art. 125ust.1 ustawy z dnia 11.09.2019 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „**USŁUGI W ZAKRESIE ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ DLA UPRAWNIONYCH MIESZKAŃCÓW KIELC**” prowadzonego przez **Kancelarię Prawną Jakóbiak i Ziemia Kielce, ul. Warszawska 7 lok. 27A**, oświadczam, co następuje:

INFORMACJA DOTYCZĄCA PODMIOTU UDOSTĘPNIĄJĄCEGO ZASOBY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w rozdziale V SWZ.

..... (miejsowość), dnia r.

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym
lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym*

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.

..... (miejsowość), dnia r.

*Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym
lub podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym*