SDD/PR/PCNA/ZO/3/2017

Załącznik nr 4

………………………… dnia …………….. 2017 r.

Nazwa/imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………

Adres: …………………………………………………………………………………………

NIP: …………………………….……… REGON: ……………………………………

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

**oraz braku podstaw do wykluczenia**

Ja, niżej podpisana/yprzystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na Specjalistyczne usługi psychologiczne dla Uczestników Projektu pn.: „Poczekalnia- czas na aktywność” **oświadczam, że:**

1. spełniam warunki udziału w postępowaniu;
2. *nie jestem/ jestem\** powiązany osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w jego imieniu czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a wykonawcą, polegające w szczególności na:

* 1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej,
  2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji,
  3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika,
  4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa drugiego stopnia lub powinowactwa drugiego stopnia w linii bocznej lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

……….………………………………..………………………

Podpis Oferenta lub osoby upoważnionej/osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta

*\* nieodpowiednie skreślić*

SDD/PR/PCNA/ZO/3/2017

…………………………. dnia …………….. 2017 r.

Nazwa/imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………

Adres: …………………………………………………………………………………………

NIP: …………………………….……… REGON: ……………………………………

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**o spełnieniu kryterium społecznego**

Ja, niżej podpisana/y przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia na Specjalistyczne usługi psychologiczne dla Uczestników Projektu pn.: „Poczekalnia- czas na aktywność” **oświadczam, że:**

- do realizacji przedmiotowych usług **nie/zatrudnię***\** osobę/y niepełnosprawną/e w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub osobę/y z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego w całym okresie realizacji zamówienia,

**- obecnie nie/zatrudniam***\** osobę niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub osobę z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego w całym okresie realizacji zamówienia, która zaangażowana zostanie do realizacji przedmiotowych usług,

- **nie jestem/jestem***\** osobą niepełnosprawną w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych lub właściwych przepisów państw członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

………………………………………….………………………

Podpis Oferenta lub osoby upoważnionej/osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta

*\* nieodpowiednie skreślić*