

Zamawiający:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Tryńcy – jednostka organizacyjna gminy Tryńcza
Tryńcza 123
37-204 Tryńcza
Tel: 16 642 17 32
Faks: 16 642 12 21
Email: gopstryncza@wp.pl

Wykonawca:

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

reprezentowany przez:

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

Nr sprawy: GOPS.1.2018

Oświadczenie Wykonawcy

składane na podstawie art. 24 ust. 11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.
Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA NA PODSTAWIE ART. 24 UST. 1
PKT 23 USTAWY PZP – GRUPA KAPITAŁOWA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na

Tytuł zamówienia: Usługi społeczne w ramach projektu „Zwiększenie zakresu usług wsparcia rodziny na terenie gminy Tryńcza”.

oświadczam, co następuje:

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY:

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust 1 pkt 23 ustawy Pzp.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 23 ustawy Pzp. Jednocześnie przedkładam dowody, że powiązania z innym Wykonawcą nie prowadzą do zakłócenia konkurencji w postępowaniu o udzielenie:

.....
.....
.....
.....

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

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.

..... (miejscowość), dnia r.

.....
(podpis)

Uwaga: Niniejszy dokument składają wszyscy Wykonawcy biorący udział w postępowaniu samodzielnie (bez odrębnego wezwania ze strony Zamawiającego) w terminie 3 dni od dnia zamieszczenia na stronie internetowej Zamawiającego informacji, o której mowa w art. 86 ust.5.