

*Załącznik Nr 9 do SIWZ*

**Zamawiający :**

**Dom Pomocy Społecznej Nr 2 w Tomaszowie Maz. ul. Jana Pawła II 37**

**Wykonawca zamówienia:**

*/nazwa i adres/*

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

**Oświadczam/y/ ,że**

**Stosownie do treści art.22 ust.1pkt 1-4 ustawy z dnia 29.01.2004r. Prawo zamówień publicznych /Dz. U. Nr 19,177 z późniejszymi zmianami /:**

- 1. posiadam/y/ uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem ,jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień ;**
- 2. posiadam/y/ niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania niniejszego zamówienia;**
- 3. znajduję/emy/ się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie niniejszego zamówienia ;**
- 4. nie podlegam/y/ wykluczeniu z postępowania o udzielenie niniejszego zamówienia**

**Podpis/y/ i pieczęć Wykonawcy zamówienia :**

.....  
.....

**Miejscowość i data: .....**