Załącznik nr 1a do SWZ

Nazwa Wykonawcy

………………………………………………………………

………………………………………………………………

Adres siedziby

………………………………………………………………

………………………………………………………………

Reprezentowany przez:

 ………………………………………………………………

………………………………………………………………

NIP: …………………………………………………………

REGON: ……………………………………………………

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **„Przygotowanie i przeprowadzenie szkoleń pn. „ZOGA FACE”, „GAMP-Globalna Analiza Mięśniowo-Powięziowa” oraz „Diagnostyka Funkcjonalna dla masażystów” w ramach projektu „Aktywna Szkoła 3””** oświadczam, co następuje:

1. **INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w  Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ) 10/ZP/AS/2025. \*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

1. **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:**

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia (SWZ), polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów: \*

……………………………………….…………………………………………………………

..………………………………………………………………………………………………., w następującym zakresie: …………………………………………

………………………………………………………………………………………………… *(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

1. **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)*

\*wypełnić, jeżeli dotyczy