

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA
pod nazwą:

„Realizacja usług opiekuńczych dla osób starszych i niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania na terenie miasta i gminy Myślibórz od 01.01.2019r. do 31.12.2019r”.

ZAMAWIAJĄCY:

Ośrodek Pomocy Społecznej w Myśliborzu
ul. 1 Maja 19
74-300 Myślibórz

OŚWIADCZENIE

Nazwa i siedziba Wykonawcy:

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

Numer REGON

NIP

Oświadczam/my, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego . Nie jestem w likwidacji i nie jestem w upadłości.

.....dnia.....

.....

Pieczęć i podpis