**Załącznik zamówienia**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

(nazwa i siedziba Wykonawcy)

## 

## Miejski Ośrodek Pomocy

## Społecznej w Kaliszu

**ul. Obywatelska 4**

**62-800 Kalisz**

## 

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Ja .......................................................................................................................................................

/imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie/

reprezentując i mając pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu :

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

/nazwa i adres wykonawcy/

oświadczam , że reprezentowany przeze mnie Wykonawca w postępowaniu:

o udzielenie zamówienia publicznego pn **„**POSIŁEK DLA POTRZEBUJĄCYCH ŚWIADCZENIOBIORCÓW MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W KALISZU W 2018r”

zalega/ nie zalega\* z opłacaniem podatków i składek na ubezpieczenia zdrowotne i społeczne.

Na każde żądanie Zamawiającego dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu.

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

podpis osoby / osób

upoważnionych do występowania w imieniu wykonawcy

\*niewłaściwe skreślić