

Oznaczenie sprawy: MOPS-DFK.2318.1.2019

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 „POSILEK DLA POTRZEBUJĄCYCH ŚWIADCZENIOBIORCÓW
MIEJSKIEGO OŚRODKA POMOCY SPOŁECZNEJ W KALISZU W 2019r”

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