Oznaczenie sprawy:MOPS-DFK.2318.3.2023

**Załącznik nr 10 do SWZ**

1. **ZAMAWIAJĄCY :**
2. Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Kaliszu, ul.Graniczna 1, 62-800 Kalisz

**WYKONAWCA**: ……………………………………………………..……................................................................................... (pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG, adres e-mail) reprezentowany przez: …………………………………………………………………………….....................................…................ (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**OŚWIDCZENIE WYKONAWCY**

o braku podstawach wykluczenia, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego

**DOTYCZĄCE PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

1. Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. ***„ Świadczenie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych od stycznia do sierpnia 2024r. dla osób dorosłych z zaburzeniami psychicznymi zamieszkałych na terenie miasta Kalisza.”*** prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznejw Kaliszu; ul. Graniczna 1, 62-800 Kalisz, oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 1497 z późn. zm).

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

* *Oświadczenie składa się, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej (w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym) lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.*