

Wykonawca:

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu)

reprezentowany przez:

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Zamawiający:

**Gmina Świdwin - Centrum Usług
Społecznych w Gminie Świdwin
ul. Kościuszki 15
78-300 Świdwin**

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia pn.: *Usługi psychiatryczne w mieszkaniu
wspomagany w Gminie Świdwin*

prowadzonego przez **Gminę Świdwin - Centrum Usług Społecznych w Gminie Świdwin**
oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust.1 ustawy z
dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu
agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.

....., dnia