*Załącznik nr 2 do SWZ*

**Dane Wykonawcy:**

Nazwa i adres: …………………….....................................................................................................................

…………………………………...............................................................................................................................

*(pełna nazwa i adres)*

Regon: ………...………….. NIP: ………….…………………

reprezentowany przez: ………………………………………………………………….........................................................

*(imię, nazwisko* *osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy i podpisująca ofertę)*

|  |
| --- |
|  |
|  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.**

**Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp),**

**DOTYCZĄCE NIEPODLEGANIU WYKLUCZENIU Z POSTĘPOWANIA I SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Dotyczy:

Organizacja 6-dniowej wycieczki na Pomorze dla pracowników oraz emerytowanych pracowników szkół i przedszkoli prowadzone przez Gminę Włoszczowa w terminie: 30 czerwca-5 lipca 2025 r. dla 43 uczestników.

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Organizacja 6-dniowej wycieczki na Pomorze dla pracowników oraz emerytowanych pracowników szkół i przedszkoli prowadzonych przez Gminę Włoszczowa** prowadzonego przez Samorządowe Centrum Oświaty we Włoszczowie oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie art. 108 ust. 1 orazart. 109 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 1320) i 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 (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 514) oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu dotyczące uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej, o ile wynika to z odrębnych przepisów, tj. posiadam zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej.

……………….………… *(miejscowość),* dnia ………… r.

*Wymogi odnoszące się do formy niniejszego oświadczenia, w szczególności wymogi co do jej podpisania i złożenia, zostały szczegółowo opisane w SWZ.*