**Załącznik nr 2A do SWZ**

RI.271.9.2025

**Zamawiający:**

Gmina Miejska Człuchów

al. Wojska Polskiego 1

77-300 Człuchów

|  |  |
| --- | --- |
| **Podmiot udostępniający zasoby:** | **reprezentowany przez:** |
|  |  |
| *pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG* | *imię, nazwisko osoby/osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu / stanowisko/podstawa do reprezentacji* |

OŚWIADCZENIE PODMIOTU UDOSTĘPNIAJĄCEGO ZASOBY

składane na podstawie art. 125 ust. 5  
ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: Pzp)

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU  
ORAZ BRAKU PODSTAW WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**Budowa Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego w Człuchowie**

prowadzonego przez Gminę Miejską Człuchów

**Oświadczam (oświadczamy), że nie później niż na dzień składania ofert**:

1. spełniam (spełniamy) warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia w następującym zakresie:

Kliknij lub naciśnij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. nie podlegam (podlegamy) wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 108 ust. 1, art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp;
2. nie zachodzą w stosunku do mnie (nas) przesłanki wykluczenia 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;
3. 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.

Wskazuję, że podmiotowe środki dowodowe na potwierdzenie braku podstaw wykluczenia z postępowania na podstawie **art. 109 ust. 1 pkt 4** ustawy Pzp Zamawiający może uzyskać za pomocą bezpłatnych i ogólnodostępnych baz danych, w szczególności rejestrów publicznych w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne, na podstawie następujących danych:

| Rejestr lub ewidencja (należy zaznaczyć właściwe, a w razie potrzeby uzupełnić) | | Adres bezpłatnej i ogólnodostępnej bazy danych (w razie potrzeby uzupełnić) | Rejestr lub ewidencja (należy zaznaczyć właściwe i uzupełnić) |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Krajowy Rejestr Sądowy**   Rejestr przedsiębiorców   Rejestr stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej | <https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl> | Nr KRS ………………….………  NIP …………………….…………  REGON ………………………... |
|  | **Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej** | <https://aplikacja.ceidg.gov.pl> | NIP …………………….…………  REGON ………………………... |
|  | Inny właściwy rejestr (jaki?):  …………………………………………. | (jaki?) | NIP ……………………….………  REGON ………………………...  Inne (jakie?) ………….…… |

Kliknij tutaj, aby wprowadzić nazwę miejscowości Wybierz datę

**Informacja:**

***dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez uprawnione osoby.***