***Załącznik nr 6 do SWZ***

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

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

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

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

(pełna nazwa i adres Wykonawcy)

Będąc uczestnikiem postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„****Usługa zorganizowania turnusów usprawniających po przebytym COVID-19 dla mieszkańców oraz kadry Domów Pomocy Społecznej (DPS) z województwa łódzkiego”** oświadczam, że informacje podane w oświadczeniu złożonym na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp o niepodleganiu wykluczeniu postępowania w zakresie podstaw wykluczenia wskazanych przez zamawiającego w rozdziale IX SWZ są aktualne.

|  |  |
| --- | --- |
| ................................... | ........................................................ |
| miejscowość i data | podpisy osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy |

**Uwaga: Oferta w postaci elektronicznej winna być podpisana w formie kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub w postaci podpisu zaufanego lub w postaci podpisu osobistego**