Załącznik nr 2

**Zamawiający:**

**Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy**

**09-402 Płock, ul. Kolegialna 17**

*pełna nazwa/firma, adres)*

**Wykonawca:**

……………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU ORAZ BRAKU**

**PODSTAW WYKLUCZENIA**

Składając ofertę w postępowaniu na wybór instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe

Ja niżej podpisany …………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

będąc upoważnionym do reprezentowania Wykonawcy:

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

(nazwa Wykonawcy)

biorącego udział w postępowaniu na wybór instytucji finansowej zarządzającej i prowadzącej Pracownicze Plany Kapitałowe (PPK), niniejszym oświadczam, że:

− spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w Rozdziale VII Zapytania,

− nie podlegam wykluczeniu z ww. postępowania na podstawie przesłanek wskazanych w Rozdziale VIII Zapytania.

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

(podpis)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

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

*(podpis)*