***załącznik nr 8 do SIWZ***

**UWAGA:** Nie dołączać do oferty. Poniższe oświadczenie należy przekazać Zamawiającemu na jego wezwanie.

**ZAMAWIAJĄCY:**

Gmina Wińsko

Pl. Wolności 2

56-160 Wińsko

**WYKONAWCA:**

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

……………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY / POD. ZOBOWIĄZANEGO**

**składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.**

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

**DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA**

**– art. 24 ust. 1 pkt 15 ustawy Pzp**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.**„** Budowa i przebudowa ogólnodostępnej i niekomercyjnej infrastruktury turystyczno-rekreacyjnej Szlaku Odry w Gminie Wińsko poprzez utworzenie Centrum Turystycznego Krainy Łęgów Odrzańskich, budowę małej infrastruktury turystyczno-rekreacyjnej we wsi Budków wraz z powstaniem dwóch nowych szlaków rowerowych Szlaku Odry.” prowadzonego przez Gminę Wińsko **oświadczam,** co następuje: wszystkie informacje podane w poniższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKONAWCY/PODMIOTU ZOBOWIĄZANEGO:**

**Oświadczam o braku wydania wobec ww. Wykonawcy/Pod. zobowiązanego prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.**

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

 …………………………………………

*(podpis)*

 **Albo**

**Oświadczam, że w stosunku do ww. Wykonawcy/Podmiotu zobowiązanego wydano prawomocny wyrok sądu lub ostateczną decyzję administracyjną o zaleganiu z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne. W związku z powyższym, jako Wykonawca/Podmiot zobowiązany przedkładam dokumenty potwierdzające dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.**

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

 …………………………………………

*(podpis)*