**Załącznik nr 9 do SIWZ**

Zamawiający:

**Urząd Miasta Świdwin
Plac Konstytucji 3-go Maja 1
78-300 Świdwin**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………

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

**OŚWIADCZAM**

1. o braku wydania wobec mnie prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne albo – w przypadku wydania takiego wyroku lub decyzji – dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub zawarcie wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności,
2. o braku orzeczenia wobec mnie tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienia publiczne,
3. o niezaleganiu z opłacaniem podatków i opłat lokalnych, o których mowa w ustawie z dnia 12 stycznia 1991r. o podatkach i opłatach lokalnych,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(pieczęć Wykonawcy) (data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*