

Załącznik nr 2

....., dnia r.
(miejscowość)

Wykonawca:

.....
.....
.....
.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności
od podmiotu: NIP/PESEL, REGON)

reprezentowany przez:

.....
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa
do reprezentacji)

**Miasto i Gmina Nowa Sarzyna /
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Nowej Sarzynie
ul. Łukasiewicza 2, 37 – 310 Nowa Sarzyna
tel. 17 7178169
fax 17 7779550
e-mail: mgops@nowasarzyna.eu**

Zamawiający:
(pełna nazwa, adres)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby zapytania ofertowego „Dowóz uczestników do Dziennego Domu Pomocy w ramach projektu pn. „Radość Życia – Dzienny Dom Pobytu w Nowej Sarzynie”.

oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że przystępując po przedmiotowego postępowania spełniam warunki dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności objętej przedmiotem zamówienia, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania;
2. posiadania doświadczenia w realizacji usług będących przedmiotem zamówienia;
3. dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia. Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 kk.

.....
(podpis Wykonawcy)