Załącznik Nr 2 do Zapytania ofertowego na świadczenie usług schronienia

dla osób bezdomnych( kobiet i mężczyzn),

których ostatnim miejscem zameldowania jest Gmina Jastrząb.

**Informacja o Wykonawcy**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………….

………………………...………………………………

Siedziba, adres Wykonawcy: …………………………

………………………………………………………...

………………………………………………………...

Tel./fax: ……………………………………………….

E-mail: ………………………………………………...

**OŚWIADCZENIE**

**O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Przystępując do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na

zamówienie pn.: „Świadczenie usług schronienia dla osób bezdomnych (kobiet i mężczyzn),

których ostatnim miejscem zameldowania jest Gmina Jastrząb”.

**Oświadczam/y, że Wykonawca spełnia warunki dotyczące:**

• posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności związanej

z przedmiotem zapytania ofertowego, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich

posiadania,

• bycia podmiotem posiadającym cele statutowe obejmujące prowadzenie działalności w zakresie pomocy osobom bezdomnym,

• bycia podmiotem wpisanym do rejestru placówek udzielających tymczasowego schronienia

prowadzonego przez wojewodę,

• posiadania odpowiedniej wiedzy i doświadczenia, niezbędnych do prawidłowego wykonania

usługi,

• dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym, niezbędnym do prawidłowej realizacji zamówienia,

• dysponowania odpowiednimi osobami, zdolnymi do prawidłowej realizacji zamówienia,

• pozostawania w sytuacji ekonomicznej i finansowej, pozwalającej na prawidłowe wykonanie zamówienia,

• spełnienia warunków określonych w opisie przedmiotu zamówienia.

miejscowość, data podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy