Załącznik Nr 2

do zapytania ofertowego na świadczenie usług schronienia

dla osób bezdomnych, których ostatnim

miejscem zameldowania jest Gmina Świdnica

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, których ostatnim miejscem zameldowania jest Gmina Świdnica."**

**Oświadczam/oświadczamy, 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,

\* 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