Załącznik Nr 2

do zapytania ofertowego na świadczenie usług schronienia

dla osób bezdomnych których ostatnim

 miejscem zameldowania jest Gmina Iłowa

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, z terenu Gminy Iłowa skierowanych decyzją Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej w Iłowej”

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,
* 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.



…………………………….

………………………………………

podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy

miejscowość, data