Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego na Usługę Asystenta Usamodzielnienia

ZAMAWIAJĄCY
MIASTO ŁÓDŹ/MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ
ul. Piotrkowska 104
90-926 Łódź

FUNDACJA SZCZĘŚLIWEJ DROGI ODDZIAŁ W ŁODZI
ul. Wschodnia 69 lok 2 U
90-266 Łódź

NIP: 1231307213, REGON: 363140292

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

(pełna nazwa/ imię i nazwisko Wykonawcy)

NIP/PESEL REGON ……

adres ……

telefon …… e-mail……

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w Rozdziale V zapytania ofertowego, którego przedmiot stanowi **Usługa Asystenta Usamodzielnienia** w ramach projektu „**Dobry Początek":**

a. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności stanowiącej przedmiot zamówienia, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania
b. posiadam wykształcenie i doświadczenie zgodnie z wymaganiami określonymi w zapytaniu ofertowym.

…… *(miejscowość i data)*	…… *(podpis osób(-y) uprawnionej do składania oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy)*