



Projekt „Dobry Początek” jest współfinansowany ze Środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

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.

..... (miejsowość i data)	..... (podpis osób(-y) uprawnionej do składania oświadczenia woli w imieniu Wykonawcy)
------------------------------	---