

Znak sprawy: OPS/EFS/ZO/2/2020

Załącznik Nr. 3 do ZO

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU O ZAMÓWIENIE PUBLICZNE

Nazwa wykonawcy

Adres wykonawcy

Miejscowość Data

Oświadczam, że spełniam niżej wymienione warunki udziału w postępowaniu na: Nazwa zadania: Usługi wsparcia rodziny w projekcie „Sami-dzielni” indywidualne zajęcia terapeutyczno - wspierające znak sprawy: OPS/EFS/ZO/2/2020, a mianowicie:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
2. posiadania wiedzy i doświadczenia,
3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
4. sytuacji ekonomicznej i finansowej

Na każde żądanie Zamawiającego dostarczymy niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu, wszystkie informacje są zgodne z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis wykonawcy)



MIASTO
STOŁĘCZNE
WARSZAWA



FUNDACJA
ATALAYA