**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………………………………………

Pełna nazwa Wykonawcy

………………………………………………………………………………………………………………

Adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

………………………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy/adres e-mail

………………………………………………………………………………………………………………

W zależności od podmiotu (NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

**reprezentowany przez:**

………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………

Imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia pn. **„Świadczenie usługi specjalisty bezpieczeństwa danych - inspektora ochrony danych w jednostkach organizacyjnych Powiatu Gryfickiego”** oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

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.

………………………………………………

*(podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*