Załącznik nr 2 do SWZ

**Nazwa i adres WYKONAWCY**

……………………………………………  
……………………………………………  
NIP……………………………………..

REGON…………………………………..

Nr telefonu………………………………

Adres e-mail ……………………………….

**ZP.271.8.1.2023**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTEPOWANIU**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia naświadczenie **specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania położonym na terenie gminy Dąbrowa,**

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko) …………………………………………..

działając w imieniu swoim/reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że:

1. Posiadam/posiadamy uprawnienia do świadczenia usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania
2. Posiadam/ posiadamy wiedzę i doświadczenia niezbędne do wykonywania zamówienia.
3. Dysponuję/dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
4. Znajduję się/znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

**……………………………………………….**

(data, podpis i pieczęć)