

Załącznik Nr 1 do Zapytania ofertowego na świadczenie usług schronienia w schronisku dla osób bezdomnych, których ostatnim miejscem zameldowania jest Gmina i Miasto Lwówek Śląski.

Informacja o Wykonawcy

Nazwa Wykonawcy: .....

.....

Siedziba, adres Wykonawcy: .....

.....

.....

Tel./fax: .....

E-mail: .....

**Miejsko – Gminny  
Ośrodek Pomocy Społecznej  
ul. Al. Wojska Polskiego 27  
59-600 Lwówek Śląski**

**OŚWIADCZENIE  
O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Przystępując do złożenia oferty na świadczenie usług schronienia w schronisku dla osób bezdomnych oraz w schronisku dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi, których ostatnim miejscem zameldowania jest Gmina i Miasto Lwówek Śląski, oświadczam/y, że Wykonawca spełnia warunki dotyczące:

- posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności związanej z przedmiotem zapytania cenowego, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- bycia podmiotem posiadającym cele statutowe obejmujące prowadzenie działalności w zakresie pomocy osobom bezdomnym,
- bycia podmiotem wpisanym do rejestru placówek udzielających tymczasowego schronienia prowadzonego przez wojewodę,
- posiadania odpowiedniej wiedzy i doświadczenia, niezbędnych do prawidłowego wykonania usługi,
- dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym, niezbędnym do prawidłowej realizacji zamówienia,
- dysponowania odpowiednimi osobami, zdolnymi do prawidłowej realizacji zamówienia,
- pozostawania w sytuacji ekonomicznej i finansowej, pozwalającej na prawidłowe wykonanie zamówienia,
- spełnienia warunków określonych w opisie przedmiotu zamówienia.

.....  
miejscowość, data

.....  
podpis osoby/osób  
uprawnionych do reprezentowania  
wykonawcy