

**Załącznik nr 2**

**Zamawiający:**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie
ul. Kochanowskiego 15
26-900 Kozienice

**Wykonawca :**

………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

*reprezentowany przez:*

………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa
do reprezentacji)*

**Oświadczenie Wykonawcy**

Na potrzeby postępowania dotyczącego ***usługi gastronomicznej na potrzeby projektu
 „Bliżej samodzielności” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych
i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.***

oświadczam, co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w pkt II.3 zaproszenia tj.:

1) posiadam uprawnienia do wykonywania działalności i czynności objętych powyżej opisanym przedmiotem zamówienia.

2) posiadam wiedzę/y i doświadczenie/a do wykonania zamówienia.

3) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………. r.

 …………………………………………

*(podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym dokumencie są aktualne
i zgodne z prawdą.

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

 …………………………………………

*(podpis)*