

**Załącznik nr 2**

**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 w zakresie wsparcia uczestników projektu
 „Bliżej samodzielności-edycja II” 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 i doświadczenie do wykonania zamówienia.

3) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami

zdolnymi do wykonania zamówienia.

…………….…….*,* dnia ………….……. r. …………………………………………

*(miejscowość) (podpis)*

**INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków, o których mowa w pkt II.3.3) zaproszenia, w terminie wskazanym w ofercie dysponuję Ośrodkiem …………………………………………………..………………………………… (*nazwa, adres ośrodka)* zapewniającym dla 27 osób (+,-2 osoby) wyżywienie, bazę zabiegowo-relaksacyjną.

…………….…….*,* dnia ………….……. r. …………………………………………

*(miejscowość) (podpis)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

…………….…….*,* dnia ………….……. r. …………………………………………

*(miejscowość) (podpis)*