Załącznik nr 2

……………………………………………

miejscowość, data

………………………………….

(Nazwa Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

* 1. Podana cena w formularzu ofertowym nie ulegnie podwyższeniu.
  2. Zobowiązuję się do świadczenia usługi w terminie przewidzianym w ogłoszeniu.
  3. Akceptuję warunki płatności.
  4. Ja niżej podpisany(a),

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

*(Imię, nazwisko, nazwa podmiotu, adres)*

w związku z ogłoszeniem na świadczenie usług opieki wytchnieniowej w formie 14-dniowego pobytu całodobowego, w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej „Opieka Wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego– edycja 2024.

**oświadczam, że**

1. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
2. spełniam warunki określone w ogłoszeniu,
3. spełniam kryteria dotyczące klauzul społecznych,
4. odległość placówki od granic Gminy Dobczyce wynosi ……….km,

b) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie,

c) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, które posiadają uprawnienia do wykonania usługi,

d) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

……………………………………

Podpis osoby składającej ofertę