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 zapytaniu ofertowym.
	3. Akceptuję warunki płatności.
	4. Ja niżej podpisany(a),

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………

*(Imię, nazwisko, adres)*

w związku z zapytaniem ofertowym na realizację diagnozy w ramach poradnictwa zdrowotnego, w ramach projektu „Jestem i działam – Aktywne Dobczyce”

**oświadczam, że**

a) posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;

b) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie;

c) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi
do wykonania zamówienia, które posiadają uprawnienia do wykonywania usługi z zakresu poradnictwa zdrowotnego

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

……………………………………

Podpis osoby składającej ofertę