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: IPD/IŚR\*, w ramach projektu „Aktywizacja
w Dobczycach”

**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;

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

……………………………………

Podpis osoby składającej ofertę

\*niepotrzebne skreślić