Załącznik nr 2

**Wykonawca:**

………………………………………

………………………………………

………………………………………

………………………………………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu:

 NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

 **Gminny Ośrodek Pomocy**

 **Społecznej w Kołczygłowach**

**ul. Słupska 56**

**77 - 140 Kołczygłowy**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kołczygłowach:

1. posiadam/my niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia wraz z załączeniem dowodów, potwierdzających posiadane doświadczenie, przy czym dowodami, o których mowa, są referencje bądź inne dokumenty wystawione przez podmiot, na rzecz, którego usługi były wykonywane.

.................................................................................

 (data i czytelny podpis Wykonawcy)