Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego z dn. 11 czerwca 2024 r.

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

………………………………………….

………………………………………….

………………………………………….

Dane teleadresowe Wykonawcy

Ja niżej podpisany(a) ……………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że spełniam warunki udziału określone w zapytaniu ofertowym z dnia 11 czerwca 2024 r. którego przedmiot stanowi **świadczenie usługi obsługi systemu polegającego na sprawowaniu całodobowej opieki na odległość nad 100 seniorami wskazanymi przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Wąbrzeźnie w ramach programu „Korpus Wsparcia Seniorów na rok 2024.**

Ponadto oświadczam, że:

1. Mogę/nie mogę\* świadczyć usługę zgodnie z Zapytaniem ofertowym oraz zgodnie z wymogami określonymi w zapytaniu,
2. Posiadam/nie posiadam\* kompetencje i uprawnienia do prowadzenia określonej działalności zawodowej;
3. Znajduję/nie znajduję\* się w sytuacji finansowej i ekonomicznej pozwalającej w sposób właściwy zrealizować zamówienie;
4. Dysponuję/nie dysponuję\* odpowiednią zdolnością techniczną i zawodową niezbędną do prawidłowego wykonania zamówienia;
5. nie jestem/jestem\* podmiotem ekonomii społecznej,
6. nie jestem powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym.
7. Złożona oferta będzie ważna przez okres 30 dni.

Akceptuję postanowienia niniejszego zapytania ofertowego oraz możliwość poprawienia przez Zamawiającego oczywistych lub nieistotnych omyłek w złożonej ofercie.

……………………………………….. ………………………………………..

Miejscowość, data podpis Wykonawcy

* niepotrzebne skreślić