

Nr sprawy: 804.3.2020

**Powiatowe Centrum
Pomocy Rodzinie
w Kwidzynie
ul. gen. Józefa Hallera 5**

Wykonawca:

.....

.....

**Oświadczenie Wykonawcy DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW
UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: Realizacja programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 prowadzonego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie, oświadczam, że reprezentowany przeze mnie Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w punkcie 6 Ogłoszenia o zamówieniu dotyczące:

1. sytuacji ekonomicznej lub finansowej,
2. zdolności technicznej lub zawodowej.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

.....

Podpis Wykonawcy