

Nr sprawy: 804.3.2020

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

Wykonawca: .....

.....

.....

**Opis urządzeń technicznych oraz środków  
organizacyjno-technicznych zastosowanych przez Wykonawcę  
w celu zapewnienia jakości**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego: Realizacja programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej” – edycja 2019-2020 prowadzonego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kwidzynie:

1. Oświadczam, że jako Wykonawca przedmiotowego zamówienia zapewnię koordynatora oraz umożliwię osobisty i telefoniczny kontakt Zamawiającego z koordynatorem w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00-15.00.

.....

Podpis Wykonawcy

2. Oświadczam, iż najpóźniej do dnia podpisania umowy podam imię i nazwisko oraz nr telefonu koordynatora.

.....

Podpis Wykonawcy

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