

Informacja o Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy:.....

Siedziba (adres) Wykonawcy:.....

Tel./fax.....

E – mail:.....

**OŚWIADCZENIE**  
**o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu**

Przystępując do udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego na zamówienie pn. „Świadczenie usług schronienia dla osób bezdomnych z terenu Gminy Miejskiej Nowe Miasto Lubawskie”.

**Oświadczam/y, że spełniam/y niżej wymienione warunki :**

- 1) posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności związanej z przedmiotem zapytania ofertowego, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
- 2) jestem/jesteśmy podmiotem wpisanym do rejestru placówek udzielających tymczasowego schronienia prowadzonego przez wojewodę *warmińsko – mazurskiego/ kujawsko-pomorskiego/ pomorskiego\**,
- 3) posiadam/y wiedzę i doświadczenie, niezbędnego do prawidłowego wykonania usługi,
- 4) pozostajemy w sytuacji ekonomicznej i finansowej, pozwalającej na prawidłowe wykonanie usługi,
- 5) spełniam/y standardy, o których mowa w Rozporządzeniu Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie minimalnych standardów noclegowni, schronisk dla osób bezdomnych, schronisk dla osób bezdomnych z usługami opiekuńczymi i ogrzewalni (Dz. U. poz. 896),
- 6) spełniam/y wymogi dotyczące zatrudniania osób wykonujących czynności w zakresie usług o których mowa w art. 48a ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1876).

....., dnia.....  
miejsowość

.....  
Pieczęć i podpis osoby/osób  
uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy