

Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego

Zamawiający:

Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ,
ul. Południowa 2 A, 62-510 Konin,
NIP 6652679972, REGON 311611013

Wykonawca:

.....
.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: „Usługa poradnictwa specjalistycznego realizowana przez psychologa/trenera/terapeutę w związku z realizacją Projektu „Akademia Samodzielności” – dla osób z niepełnosprawnością w Wielkopolsce współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Priorytet VII „Włączenie społeczne” Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne | Poddziałanie 7.2.2. usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe.”, **oświadczam, co następuje:**

INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym.

....., dnia r.
(miejscowość)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu, określonych przez Zamawiającego w Zapytaniu ofertowym, polegam na zasobach następującego/ych podmiotu/ów:

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

w następującym zakresie:

.....
.....

(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu)

....., dnia r.
(miejsowość)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

....., dnia r.
(miejsowość)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)



Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ KRS 0000 197058

Adres: ul. Południowa 2A, 62-510 Konin

Telefon: 63 211 22 19 **e-mail:** fundacja@podajdalej.org.pl **FB/FundacjaPodajDalej**

Konto bankowe: Bank PKO BP, 55 1020 2746 0000 3102 0053 9650 **www.podajdalej.org.pl**

