*Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego*

**Wykonawca:**

Nazwa: …………………………………………………………………….

Adres: ………………………………………………………………………

NIP: …………………………………….………………………………….

Numer telefonu: ……………………………………………………..

Adres e-mail: ……………………………………………………………

**Oświadczenie**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

W nawiązaniu do zapytania ofertowego na udzielanie edukacji przez pielęgniarkę lub absolwenta zdrowia publicznego w jednostkach uczestników projektu pt.: „POZnaj wartość opieki ", Nr POWR.05.02.00-00-0007/17-00/2011/2018/7, 7 w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zgodnie z obowiązującą zasadą konkurencyjności, oświadczam /oświadczamy, że spełniam /spełniamy warunki udziału w postępowaniu dotyczące:

1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,

2. posiadania wiedzy i doświadczenia,

3. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym,

4. sytuacji ekonomicznej i finansowej.

……………………………………………………… ……………………………..……………………………………………………..

*Miejscowość data* podpis Wykonawcy