Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

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

(Nazwa lub imię i nazwisko Wykonawcy)

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

(Adres Wykonawcy)

Składając ofertę na zapytanie ofertowe **„Zakup i dostawa opasek bezpieczeństwa dla osób starszych powyżej 65 roku życia - mieszkańców Gminy Iwanowice wraz z usługą całodobowej opieki na odległość.”**

oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu tj.:

1. Posiadam doświadczenie w realizacji podobnych zamówień rozumianych jako dostawa sprzętu i całodobowy monitoring jego użytkowników odpowiadających charakterem przedmiotowi zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Okres realizacji zamówienia****(miesiąc i rok)** | **Zleceniodawca****(nazwa i adres)** | **Wartość zamówienia w zł** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Dysponuję/nie dysponuję\* odpowiednim potencjałem organizacyjno - technicznym niezbędnym do realizacji przedmiotu zamówienia.
2. Dysponuję / nie dysponuję\* kadrą niezbędną do realizacji przedmiotu zamówienia, tj. posiadającą kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego, opiekuna medycznego lub pielęgniarki.
3. Jestem podmiotem wykonującym działalność leczniczą, wpisanym do odpowiedniego Rejestru. Jako potwierdzenie zaoferowania funkcjonalności, dołączam do oferty aktualny wydruk z Rejestru <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>

\*niewłaściwe skreślić

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

data (podpis Wykonawcy wraz z pieczątką imienną