MOPS.DA-PSU.3211.23.2019 Załącznik nr 2

**Zamawiający:**

 Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

 ul. Karola Miarki 11

 43 -300 Bielsko – Biała

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu NIP/PESEL, KRS/CEiDG, nr telefonu, adres e-mail)*reprezentowany przez:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)* |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE MOŻLIWOŚCI UBIEGANIA SIĘ WYKONAWCY O ZAMÓWIENIE**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług społecznych pn. **„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na potrzeby Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bielsku-Białej”**oświadczam co następuje:

**INFORMACJA DOTYCZĄCA WYKONAWCY:**

Oświadczam, że mogę ubiegać się o niniejsze zamówienie, gdyż spełniam warunki udziału
w postępowaniu i nie podlegam wykluczeniu z postępowania.

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

…………….……………………………*,* dnia …………………………………. r.

 (miejscowość i data)

 ………………………………………………

 (podpis osoby uprawnionej do

 reprezentowania Wykonawcy)