znak sprawy: **AG**.**272.12.2020.BR**

# Załącznik nr 2 do IWZ – oświadczenie

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW**

Nazwa Wykonawcy .................................................................................................Adres Wykonawcy .................................................................................................

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu na świadczenie usług z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy w Starostwie Powiatowym i Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Wolności 44, 87-200 Wąbrzeźno” tj.:

1. posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, a także udokumentowaną niezbędną wiedzę,
2. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia,
3. nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

……………………………… ….……………………………(Miejscowość i data) (czytelny podpis Wykonawcy

lub osoby upoważnionej)