

NAZWA WYKONAWCY.....

ADRES WYKONAWCY.....

.....

NIP NR TELEFONU

REGON ADRES E-MAIL

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY
O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składając ofertę na usługę w zakresie przeprowadzenia diagnozy Miasta Pabianic w zakresie używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych wśród osób dorosłych, dzieci i młodzieży oraz dostępności oferty pomocowej w mieście w obszarze przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych i opracowania raportu z badania pn. **„Lokalna diagnoza problemów uzależnień na terenie Miasta Pabianic”**, oświadczam, że:

- 1) posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności, o ile wynika to z odrębnych przepisów;
- 2) dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia;
- 3) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Wykonawcy)