Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego OK.271-35/22

Miejscowość: , dnia

# OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

# Dane dotyczące Wykonawcy: Nazwa Wykonawcy:

Adres siedziby:   
  
Składając ofertę na zapytanie ofertowe dotyczące zakupu i dostawy 25 sztuk „opasek bezpieczeństwa” - urządzeń do świadczenia usługi opieki na odległość na rzecz osób starszych - mieszkańców gminy Michałowice powyżej 65 roku życia oraz świadczenie usługi obsługi systemu polegającego na sprawowaniu całodobowej opieki na odległość nad seniorami przez centrum monitoringu w ramach lokalnego programu osłonowego „Korpus Wsparcia Seniorów Gminy Michałowice na rok 2022” finansowanego ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, **oświadczam/y, że spełniam warunki udziału w postępowaniu tj.:**

1. Posiadam/y 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 brutto zamówienia w zł** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Dysponuję/emy odpowiednim potencjałem organizacyjno - technicznym niezbędnym do realizacji przedmiotu zamówienia.
2. Dysponuję/emy kadrą niezbędną do realizacji przedmiotu zamówienia, tj. posiadającą kwalifikacje do wykonywania zawodu ratownika medycznego, opiekuna medycznego lub pielęgniarki.
3. Jestem/śmy podmiotem wykonującym działalność leczniczą, wpisanym do odpowiedniego Rejestru. Jako potwierdzenie zaoferowania funkcjonalności, dołączam do oferty aktualny wydruk z Rejestru <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>
4. Znajduje/my się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

(data i podpis Wykonawcy lub osoby uprawnionej)