******Załącznik nr 2**

**Oświadczenie**

**potwierdzające spełnianie warunków udziału w postępowaniu**

**dotyczy: Świadczenie usług terapeutycznych dla osób stosujących przemoc, doświadczających przemocy, uzależnionych i współuzależnionych w ramach realizacji projektu "Aktywizacja społeczna, zdrowotna i zawodowa w Gminie Wołów realizowanego przez Miejskim Ośrodkiem Pomocy Społecznej w Wołowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.**

**CPV -**[85000000-9](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/uslugi-w-zakresie-zdrowia-i-opieki-spolecznej-8970) Usługi w zakresie zdrowia i opieki społecznej

**Nazwa Wykonawcy.............................................................................................**

Oświadczam/y że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego dotyczące:

1. kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej, o ile wynika to

z odrębnych przepisów,

2. sytuacji ekonomicznej lub finansowej, zapewniającej wykonanie zamówienia określonego

w zapytaniu,

**Data …..................** **…..............................................**

***(pieczęć i podpis wykonawcy)***