**Załącznik nr 2 do oferty nr 2 /RPO/HOSTEL/SNR/2019/BK**

**w ramach projektu** ,,Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na niezależność mieszkańców województwa świętokrzyskiego”

Imię i nazwisko: ………………………………………….…….

Adres: ……………………………….……………………………….

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Ja, niżej podpisany oświadczam, że:

1. Oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym.
2. Zapoznałem się z Zapytaniem Ofertowym, przyjmuję warunki w nim zawarte i nie wnoszę   
   do niego zastrzeżeń.
3. Posiadam niezbędne kwalifikacje, doświadczenie i wykształcenie do wykonania przedmiotu zamówienia.
4. Zobowiązuję do wykonania zamówienia w terminie określonym w zapytaniu ofertowym.
5. W przypadku przyznania zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
6. Oświadczam że wyrażam zgodę na stałość cen na oferowane usługi przez cały okres obowiązywania umowy.
7. Oświadczam, iż :

a) obciążenie z tytułu zaangażowania w realizację projektu,, „Poprawa dostępności usług zdrowotnych szansą na niezależność mieszkańców województwa świętokrzyskiego””   
nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich zadań mi powierzonych;

b) łączne moje zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów, nie przekracza **276 godzin miesięcznie.**

……………………………………… dnia …………………………….. ……………………………………………………..

podpis Wykonawcy