Załącznik nr 2

Data: ………………………………

Nazwa i adres Wykonawcy: …………………………...

…………………………...

…………………………...

NIP: …………………………...

REGON/PESEL: …………………………...

tel.: …………………………...

e-mail.: …………………………...

POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE

ul. Lędzińska 24

43-140 Lędziny

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego obejmującego kompleksową realizację wizyt studyjnych dla uczestników projektu „ROZWIJAMY POTENCJAŁY - Powiatowy Program Transformacji Pokoleniowej.”, numer wniosku o dofinansowanie: FESL.10.24-IZ.01-06BE/23

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Specyfikacji Warunków Zamówienia oraz w Ogłoszeniu o zamówieniu;
2. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne  
   i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. (miejscowość), dnia ………………………..….2026 r.

…………………………………………

(podpis)