



Rzeczpospolita  
Polska



Województwo  
Kujawsko-Pomorskie

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## Załącznik nr 2 do rozeznania cenowego

### Zamawiający:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
ul. Sikorskiego 3  
87-700 Aleksandrów Kujawski

### Wykonawca:

.....  
.....  
.....

(pełna nazwa/firma, adres,  
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL)

reprezentowany przez:

.....  
.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa  
do reprezentacji)

### Oświadczenie wykonawcy

**Składane w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu oraz potwierdzenia spełnienia pozostałych wymogów ustanowionych w rozeznaniu cenowym z dnia 11.03.2019r.**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez zamawiającego wskazane w rozeznaniu cenowym.

..... (miejsowość), z dnia .....r.

.....  
(podpis)

Oświadczam, że posiadam doświadczenie w zakresie wykonywania usług polegających na zakupie i dostawie mebli biurowych (co najmniej 3 usługi odpowiadające swoim rodzajem przedmiotowi zamówienia).

..... (miejsowość), z dnia .....r.

.....  
(podpis)