

## 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  
(RK.271.3.12.2020)**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego  
wskazane w rozeznaniu cenowym oraz w załącznikach do rozeznania cenowego.

..... (miejscowość), z dnia .....r.

.....  
(podpis)

Oświadczam, że posiadam doświadczenie w zakresie wykonywania dostaw polegających na  
dostawie środków ochrony indywidualnej (co najmniej 3 dostawy odpowiadające swoim  
rodzajem przedmiotowi zamówienia).

..... (miejscowość), z dnia .....r.

.....  
(podpis)

