

## HOSPICJUM SOSNOWIECKIE IM. ŚW. TOMASZA AP.



41-218 Sosnowiec, ul. H. Dobrzańskiego 131

tel. 32 832 94 01 , 32 293 23 13

www.hospicjumsosnowiec.pl

Organizacja Pożytku Publicznego KRS 0000056797

nr konta : Alior Bank/Sosnowiec 30 2490 0005 0000 4530 2242 6524



DOMOWA I STACJONARNA OPIEKA HOSPICYJNA

### Załącznik Nr 2 do Zapytania ofertowego 05/EFS 9.2.1/2022

.....  
miejsowość, data

Nazwa/imię i nazwisko: .....

Adres: .....

NIP: .....

REGON: .....

### OŚWIADCZENIE o spełnieniu warunków udziału w postępowaniu

Ja, niżej podpisana/y przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia dotyczącego transportu osób starszych, oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj:

1. posiadam uprawnienia do wykonywania działalności polegającej na transporcie drogowym osób oraz dysponuję pracownikami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
2. posiadam środek transportu przyjazny do przewozu osób starszych. Zobowiązuję się do świadczenia usługi przewozowej pojazdami sprawnymi technicznie, zapewniającymi bezpieczeństwo osobom przewożonym. Środek transportu posiada aktualne przeglądy dopuszczające do ruchu drogowego.
3. posiadam aktualnie oraz zobowiązuję się do posiadania przez cały okres realizacji niniejszej umowy ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obywatelskiego przy zarobkowych przewozach pasażerskich, jak również do posiadania i aktualizacji wszelkiego rodzaju uprawnień, zezwoleń, licencji i badań technicznych pojazdów, wymaganych przy wykonaniu tego rodzaju przewozów.

.....  
Podpis oferenta lub osoby upoważnionej/  
osób upoważnionych do reprezentowania oferenta

