******

***Załącznik nr 4***

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

 Nazwa i adres Wykonawcy

…………………………………, dnia ……………………… 2020r.

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Przystępując do postępowania na ***Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej w 2020 r. w ramach programu „Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej – edycja 2019-2020”***, znak: znak: OPS.3210.1.1.2020.AC, oświadczam, że reprezentowany przeze mnie Wykonawca:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

pełna nazwa Wykonawcy

spełnia warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w pkt 7.1 ogłoszenia.

………..………………………………………………….

 Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do reprezentacji Wykonawcy