Załącznik nr 2 do Zapytania Ofertowego

Nr 07/2020/KKZ-ZS1 z dnia 16.08.2020 r.

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego**

Imię i nazwisko lub nazwa oraz adres Wykonawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia w trybie Zapytania ofertowego nr 07/2020/KKZ-ZS1 z dnia 16.08.2020 r. na Dostawę książek na Kurs zawodowy dla informatyków – Sieci komputerowe dla uczestników projektu „Konarski kwitnie zawodowo!” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 8 Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo, Działanie 8.5 Rozwój i wysoka jakość szkolnictwa zawodowego i kształcenia ustawicznego Poddziałanie 8.5.1 Podniesienie jakości kształcenia zawodowego oraz wsparcie na rzecz tworzenia i rozwoju CKZiU (projekty konkursowe).

Nr projektu: RPSW. 08.05.01-26-0034/19

oświadczam/y, że spełniam/y warunki udziału w postępowaniu dotyczące: 1) posiadania niezbędnej wiedzy i wymaganego doświadczenia na rynku do wykonania przedmiotu zamówienia 2) łączne zaangażowanie w pracę osoby fizycznej lub osoby bezpośrednio biorącej udział w realizacji zamówienia nie przekracza 276 godzin miesięcznie (dotyczy osób stanowiących personel projektu w rozumieniu Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020), 3) nie jestem powiązany kapitałowo lub osobowo z Zamawiającym.

Spełnienie warunku weryfikowane będzie na podstawie wypełnionego oświadczenia o braku powiązań kapitałowych lub osobowych stanowiącego załącznik nr 4 do zapytania ofertowego.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 297 kk.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość, data Podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy