**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW**

 Zamawiający: **Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Golinie**

 Plac Kazimierza Wielkiego 10, 62-590 Golina

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunki udziału określone w zapytaniu ofertowym z dnia ……….. r., którego przedmiotem stanowi świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych na terenie Gminy Golina, dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wykaz załączników:

 ………………………………………………..

 ………………………………………………..

 ………………………………………………..

 …………………………. ……………………………..

 *(miejscowość i data) (podpis wykonawcy)*