**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)*