|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………………….(pieczęć Wykonawcy) |  |  |

**Gmina Gościeradów**

Gościeradów Ukazowy 61,

23-275 Gościeradów

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Wykonawca oświadcza, że w przeciągu 2 lat poprzedzających złożenie oferty, wykonał następujące audyty/diagnozy w jednostkach samorządu terytorialnego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa i opis usługi** | **Nazwa jednostki samorządu terytorialnego** | **Data zakończenia wykonywania usługi** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

Dokumenty potwierdzające wykonanie powyższej usługi/powyższych usług (kopie dokumentów załączone do niniejszego oświadczenia):

1. ……………….
2. ……………….

............................................... …………........................

 (miejscowość, data) (podpis i pieczęć Wykonawcy)