

OŚWIADCZENIE

że osoba/osoby skierowane do realizacji zamówienie posiada/ją wymagane kwalifikacje zawodowe dot. Realizacja programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” .

Dane dotyczące Wykonawcy.

1. Nazwa/Imię i nazwisko:
2. Siedziba/Adres zamieszkania:.....
3. Adres poczty elektronicznej:
4. Numer telefonu:.....Numer faksu:.....
5. Numer REGON:.....Numer NIP:

Oświadczam, że osoba/ osoby wyznaczona/e do realizacji zamówienia Pan/ Pani, posiada wymagane kwalifikacje zawodowe potwierdzające spełnienie warunku udziału w postępowaniu.

.....
(miejsceowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)