

OŚWIADCZENIE

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

**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.

.....  
(miejscowość, data)

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