



Zadanie współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej
w ramach programu „Od zależności ku samodzielności” i Stowarzyszenia na Rzecz Wspierania Osób
Niepełnosprawnych „Pod Skrzydłami” w Sokółce

Załącznik Nr 2
do zapytania ofertowego Nr 2 / 2023

Dane Wykonawcy:

Imię i nazwisko i/lub nazwa (firma) Wykonawcy:

.....
.....

Adres Wykonawcy:

ulica, nr lokalu, kod, miejscowość:

.....
.....

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU
W POSTĘPOWANIU**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w zapytaniu ofertowym, dotyczące zdolności
zawodowej;

1) dysponuję lub będę dysponował w okresie realizacji zamówienia osobami zdolnymi do
wykonania zamówienia, posiadającymi odpowiednie kwalifikacje zawodowe i
doświadczenie niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia, które zostaną
skierowane do realizacji zamówienia i spełniają następujące wymagania:

a) posiadają wykształcenie wyższe,

b) każda z osób posiada co najmniej: 2 lata doświadczenia w prowadzeniu szkoleń i/lub
posiada min. 1,5 roczne doświadczenie zawodowe i/lub posiada doświadczenie w
realizacji co najmniej 5 szkoleń - w zakresie szkolenia, które będzie realizować.*)

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis Wykonawcy / osób upoważnionych
do reprezentowania Wykonawcy)

**niepotrzebne skreślić*