

## ZAŁĄCZNIK nr 2 do Zapytania ofertowego nr 6/MDW/2024

Wypełniają Wykonawcy – osoby fizyczne zamierzające osobiście wykonywać przedmiot zamówienia.

### OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

**Imię i nazwisko Wykonawcy:** \_\_\_\_\_

Niniejszym oświadczam, że (właściwą odpowiedź należy zaznaczyć „X”):

1.  nie prowadzę                       prowadzę

działalność gospodarczą w zakresie usług będących przedmiotem zamówienia i zobowiązuję się, w przypadku powierzenia mi realizacji usługi do osobistego jej wykonania.

**Dane działalności gospodarczej (jeśli dotyczy):**

nazwa: .....

nr NIP: ..... nr REGON: .....

adres (ulica, nr domu, nr lokalu): .....

kod pocztowy i miejscowość: .....

2.  nie jestem                       jestem

pracownikiem Zamawiającego w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy.

3. Spełniam warunki udziału w postępowaniu dotyczące wykształcenia i doświadczenia, tj. posiadam:

a) wykształcenie umożliwiające przeprowadzenie terapii sensorycznej, tj. wykształcenie wyższe (pierwszego lub drugiego stopnia) psychologiczne lub pedagogiczne lub fizjoterapeuty oraz dyplom ukończenia studiów podyplomowych lub kursu dwustopniowego w zakresie terapii integracji sensorycznej oraz

b) minimum roczne doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia terapii sensorycznej.

4. Na wezwanie Zamawiającego zobowiązuję się do przedłożenia Zamawiającemu (na wzorach i w terminie wskazanym przez Zamawiającego) dokumentów potwierdzających ww. wykształcenie i doświadczenie.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, informuję, iż dane wskazane powyżej są zgodne z prawdą.

---

Miejscowość i data

---

Czytelny podpis Wykonawcy  
(pieczętka firmowa, jeśli dotyczy)