

ZAŁĄCZNIK nr 2 do Zapytania ofertowego nr 5/MDW/2024-1

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 relaksacyjnej, tj. wykształcenie wyższe na kierunkach psychologia/fizjoterapia (pierwszego lub drugiego stopnia) lub dyplom ukończenia studiów podyplomowych w zakresie psychologii/fizjoterapii lub studenci psychologii/fizjoterapii (min. ukończony pierwszy rok studiów) lub min. wykształcenie średnie wraz ukończonym kursem technik relaksacyjnych/terapeuty zajęciowego/masażu/yogi oraz

b) minimum sześciomiesięczne doświadczenie zawodowe w zakresie prowadzenia terapii relaksacyjnej.

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)