*Załącznik nr 4*

…………………………………………..

 Pieczęć Wykonawcy

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UPRAWNIEŃ/ KWALIFIKACJI**

……………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………..………………………………….

*pełna nazwa Wykonawcy*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*adres siedziby Wykonawcy*

w odpowiedzi na zaproszenie do składania ofert na usługę wsparcia indywidualnego fizjoterapeuty dla pracowników Urzędu Miasta Białogard w ramach projektu nr RPZP.06.08.00-32-K104/22 pn. „Urząd Miasta Białogard wspiera pracowników*”*, oświadczam, że:

1. Posiadam wykształcenie wyższe magisterskie;
2. Posiadam prawo do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, potwierdzone wpisem do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów i dokumentem wydanym przez Krajową Radę Fizjoterapeutów;
3. Posiadam minimum 2 letnie doświadczenie pracy w zawodzie;
4. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia;

lub posiadam kadrę wykwalifikowanych fizjoterapeutów spełniających powyższe wymagania\*.

 ………….………………………………………..

*Podpis Wykonawcy*

\* Konieczne uzupełnienie załącznika nr 5 do zapytania ofertowego oraz załączenie dokumentów potwierdzających posiadane uprawnienia/ kwalifikacje zgodnie z załącznikiem nr 5.