



.....
Pieczęć Wykonawcy

OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UPRAWNIENIŃ/ 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.

Zamówienie udzielane w związku z realizacją przez Miasto Białogard projektu nr RPZP.06.08.00-32-K104/22 pn. "Urząd Miasta Białogard wspiera pracowników", współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 (Działanie 6.8 Wdrożenie kompleksowych programów zdrowotnych oraz przedsięwzięć zapobiegających istotnym problemom zdrowotnym regionu oraz dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, ułatwiających powroty do pracy).