



Załącznik 3 Oświadczenie o kwalifikacjach

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż ja niżej podpisana/y..... spełniam kryteria dostępu określone w rozeznaniu rynku z dnia 30.01.2023 na usługi fizjoterapeuty w ramach projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla mieszkańców powiatu międzychodzkiego i szamotulskiego” nr projektu RPWP.07.02.02-30-0002/21” realizowanego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014–2020 (WRPO 2014+), współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego tj.:

- posiadam doświadczenie w zakresie wykonywania czynności związanych z przedmiotem zamówienia min. 3 lata,
- posiadam wykształcenie w zakresie wykonywania czynności związanych z przedmiotem zamówienia (kserokopie dyplomów/certyfikatów stanowią załącznik do mojej oferty),
- nie jestem powiązana/y osobowo lub kapitałowo z Zamawiającym.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis Wykonawcy)

Spółdzielnia Socjalna „Uciec Dysforii”

Biuro projektu: ul. Droga Leśna 60, 64-600 Oborniki

„Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla mieszkańców powiatu międzychodzkiego i szamotulskiego”

Nr projektu RPWP.07.02.02-30-0002/21