



Projekt pn. „Terapia Neuroflow szansą podopiecznych z zaburzeniami przetwarzania słuchowego” współfinansowany z darowizny z TVP „Reklama dzieciom” i środków Stowarzyszenia na Rzecz Wspierania Osób Niepełnosprawnych „Pod Skrzydłami” w Sokółce

Załącznik Nr 2

Dane Wykonawcy:

Imię i nazwisko i/lub nazwa (firma) Wykonawcy:

.....
.....

Adres Wykonawcy:

ulica, nr lokalu, kod, miejscowość:

.....
.....

OŚWIADCZENIE O POSIADANYCH KWALIFIKACJACH

- 1) Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z udziału w postępowaniu,
- 2) Oświadczam, że posiadam / nie posiadam wykształcenie wyższe mgr z przygotowaniem pedagogicznym,*
- 3) Oświadczam, że posiadam / nie posiadam kwalifikacje do pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie i z autyzmem,*
- 4) Oświadczam, że ukończyłam / nie ukończyłam szkolenie w zakresie terapii Neuroflow.*

.....

.....

Miejsce, data

podpis osoby (podpisy osób) upoważnionej
(upoważnionych) do reprezentowania Wykonawcy/
Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie
zamówienia

**niepotrzebne skreślić*