



Zadanie współfinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej  
w ramach programu „Od zależności ku samodzielności” i Stowarzyszenia na Rzecz Wspierania Osób  
Niepełnosprawnych „Pod Skrzydłami” w Sokółce

**Załącznik Nr 2**  
**do zapytania ofertowego Nr 3 / 2023**

**Dane Wykonawcy:**

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

.....  
.....

**Adres Wykonawcy:**

ulica, nr lokalu, kod, miejscowość:

.....  
.....

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU  
W POSTĘPOWANIU**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w zapytaniu ofertowym, dotyczące zdolności zawodowej;

- 1) posiadam odpowiednie kwalifikacje zawodowe lub umiejętności zawodowe i doświadczenie niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia i spełniam następujące wymagania:
  - a) posiadam wykształcenie kierunkowe lub umiejętności zawodowe,
  - b) posiadam co najmniej: 2 lata doświadczenia w prowadzeniu zajęć / warsztatów i/lub posiadam min. 1,5 roczne doświadczenie zawodowe i/lub posiadam doświadczenie w realizacji co najmniej 5 warsztatów, które będę realizować.\*)

.....

(miejscowość i data)

.....

(podpis Wykonawcy / osób upoważnionych  
do reprezentowania Wykonawcy)

*\*niepotrzebne skreślić*