Załącznik nr 2

 O Ś W I A D C Z E N I E

Nazwa Wykonawcy……………………………………………………………………………

Siedziba Wykonawcy………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w § 3 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (tj. Dz. U. z 2005 r. nr 189, poz. 1598, z późn. zm.), w tym:

1. posiadam kwalifikacje do wykonywania neurologopedii
2. posiadam odpowiednią wiedzę i doświadczenie;
3. dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia;
4. posiadam stabilną sytuację ekonomiczną i finansową.

………………………… ………………………………

 Miejscowość, data Podpis