BOPS.8250.PR.029.2020
ZAŁĄCZNIK 5

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Działając w imieniu (nazwa Wykonawcy)

……

……

i będąc należycie upoważnionym do jego reprezentowania, w związku z udziałem w postępowaniu o udzielenie zamówienia pod nazwą:
świadczenie usług opieki wytchnieniowej tj.: opieki nad osobami (w tym dziećmi) z niepełnosprawnościami, na czas nieobecności członków rodzin lub opiekunów faktycznych, w miejscu zamieszkania tych osób
Oświadczam/y, że:
Posiadam kadrę niezbędną do realizacji przedmiotu zamówienia, w tym:
- dyplom zawodowy uprawniający do posługiwania się tytułem opiekunki środowiskowej, asystenta osoby niepełnosprawnej, asystenta medycznego, pielęgniarki, opiekuna osoby starszej, opiekuna medycznego, opiekuna w domu pomocy społecznej

……
data, czytelny podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania Wykonawcy