*Załącznik Nr 2 do Zapytania ofertowego - oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu*

**GOPS.261.2.2024**

**WYKONAWCA:**

Nazwa ………………………………………………......................……………………………………………………………………………………….

Adres: .…………………………………………………………………...........................................................................................

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………..………………….…………

 *(imię, nazwisko)*

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia pn.: **„„Wykonanie usług fizjoterapeutycznych w ramach projektu pn.: "Polityka senioralna (EFS+)”"**

Wykonawca spełnia ten warunek jeżeli wykaże, że dysponuje osobą posiadającą:

- wymagane wykształcenie wyższe na kierunku fizjoterapia potwierdzone dyplomem;

- wymagany wpis do Rejestru Praktyk Zawodowych Fizjoterapeutów;

- min. roczne doświadczenie zawodowe w prowadzeniu praktyki fizjoterapeutycznej w pracy

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Informacja o podstawie dysponowania daną osobą (np. umowa o dzieło, umowa o pracę) | Uprawnienie, kwalifikacje zawodowe, wykształcenie, doświadczenie |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 r.

*(miejscowość)*

*.................................................................................*

*(pieczęć i podpis Wykonawcy
lub Pełnomocnika)*