

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WYMAGAŃ****WYKONAWCA:**

Nazwa podmiotu (firma) lub w przypadku osoby fizycznej imię i nazwisko	
Adres	
KRS lub NIP lub w przypadku osoby fizycznej PESEL	

**1. Oświadczam, że będę osobiście wykonywał przedmiot umowy w zakresie prowadzenia szkoleń i:\***

A. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe oraz doświadczenie:

- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu mięśniowego i kostno-stawowego, **lub**
- fizjoterapeuta, posiadający tytuł magistra fizjoterapii oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu mięśniowego i kostno-stawowego.

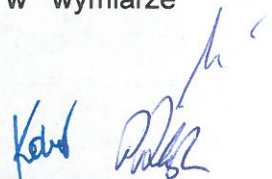
B. Posiadam wymagane doświadczenie w zakresie prowadzenia szkoleń/warsztatów z zakresów medycznych tj. potwierdzam, iż w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty prowadziłem/-am ww. szkolenia/warsztaty w wymiarze min. 8 godzin dla min. 50 osób.

**2. Oświadczam, że nie będę osobiście wykonywał przedmiotu umowy w zakresie prowadzenia szkoleń, a osoba/-y, która/-e będzie/-ą wykonywała/-y przedmiot umowy w moim imieniu:\***

A. Posiada/-ją następujące kwalifikacje zawodowe:

- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji, lub rehabilitacji medycznej, posiadający co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu mięśniowego i kostno-stawowego, **lub**
- fizjoterapeuta, posiadający tytuł magistra fizjoterapii oraz co najmniej 5-letnie doświadczenie w pracy z pacjentami dotkniętymi problemem chorób przewlekłych układu mięśniowego i kostno-stawowego.

B. Posiada/-ją wymagane doświadczenie w zakresie prowadzenia szkoleń/warsztatów z zakresów medycznych tj. potwierdzam, iż osoba ta (w przypadku 2 szkoleniowców każda z tych osób) w okresie ostatnich 3 lat przed dniem złożenia oferty prowadziła ww. szkolenia/warsztaty w wymiarze min. 8 godzin dla min. 50 osób.



Jednocześnie oświadczam, iż uzyskałem/-am zgodę osoby/osób wyznaczonej/-ych przeze mnie do świadczenia usług szkoleniowych w ramach niniejszego zamówienia na przetwarzanie jej/ich danych osobowych przez administratora danych Fundację „Unia Bracka” z siedzibą w Rudzie Śląskiej 41-711, ul. Kokota 172, numer KRS 0000085516, w celu udziału w postępowaniu ofertowym.

\* niepotrzebne skreślić

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez administratora danych Fundację „Unia Bracka” z siedzibą w Rudzie Śląskiej 41-711, ul. Kokota 172, numer KRS 0000085516, w celu udziału w postępowaniu ofertowym.
4. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą.
5. Zapoznałem/-am się z treścią klauzuli informacyjnej, w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawiania.

.....  
Data, miejscowość

.....  
Podpis Wykonawcy