OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O KWALIFIKACJACH

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:** |  |
| pełna nazwa/firma  adres  NIP/PESEL, KRS/CEiDG (w zależności od podmiotu) |  |

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| Wykonanie superwizji grupowych |

Wykonawca, którego reprezentuje oświadcza, że

osoba skierowana do realizacji zamówienia w ramach Pakietu ……………… **(\*),**

Pani/Pan …………………………………………………………………………………………………… **(\*\*) (imię i nazwisko)**

posiadająca tytuł superwizora psychoterapii uzależnień

wpisana jest na listę superwizorów psychoterapii uzależnień prowadzoną przez

Dyrektora Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom,

która jest zamieszczona na stronie internetowej

Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom.

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Niniejszy dokument powinien być podpisany podpisem elektronicznym zgodnie z zapisami SWZ.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) Należy uzupełnić, którego Pakietu dotyczy realizacja zamówienia

(\*\*) Należy uzupełnić poprzez wpisanie imienia i nazwiska osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia, zgodnie z wpisem w Formularzu Ofertowym Wykonawcy dla danego Pakietu