Załącznik nr 2

………………………., dnia…………………2019

OŚWIADZCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Imię i nazwisko Wykonawcy lub osoby wskazanej przez Wykonawcę[[1]](#footnote-1)

……………………………………………………………………………………

Oświadczam, iż:

1) Posiadam ukończone studia wyższe na kierunku ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

2) Posiadam doświadczenie w zakresie realizacji działań na rzecz profilaktyki lub programów prozdrowotnych z zakresu ochrony zdrowia, edukacji prozdrowotnej, promocji zdrowia w okresie ostatnich pięciu lat licząc od daty zapytania ofertowego tj. zrealizowałam/em przynajmniej 2 usługi związane z realizacją działań na rzecz profilaktyki lub programów prozdrowotnych z zakresu ochrony zdrowia, edukacji prozdrowotnej, promocji zdrowia w okresie ostatnich pięciu lat licząc od daty zapytania ofertowego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tematyka/tytuł zadania** | **Nazwa zleceniodawcy** | **Data realizacji (od miesiąc/rok) do miesiąc/rok)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Do oferty należy dołączyć :**

* Kopie dokumentów potwierdzających należyte wykonanie usługi np.: referencje, rekomendacje, list polecający, protokół odbioru podpisany przez Zamawiającego i Wykonawcę na rzecz profilaktyki lub programów prozdrowotnych, z zakresu ochrony zdrowia, edukacji prozdrowotnej, promocji zdrowia.

|  |  |
| --- | --- |
|   | ………………………..Podpis oferenta lub osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta |

1. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-1)