



Załącznik nr 7 do WZUS

Zamawiający:

Powiat Kozienski, ul. Kochanowskiego 28, 26-900 Kozienice,

w imieniu którego działa

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

ul. Kochanowskiego 15, 26-900 Kozienice

Wykonawca:

.....

.....

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

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

Nr sprawy: CPR.271.3.2020

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Ja niżej podpisany oświadczam, że w zamówieniu publicznym na *usługi szkoleniowe w zakresie aktywizacji uczestników projektu „Bliżej samodzielności-edycja II” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Kozienicach współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu*, wszystkie osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, tj. osoby prowadzące poszczególne kursy/szkolenia w tym zajęcia teoretyczne i praktyczne posiadają kwalifikacje określone odpowiednimi przepisami prawa i/lub wymagane uprawnienia, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

data

.....
pieczęć Wykonawcy

.....
podpis osoby upoważnionej