

Załącznik nr do oferty

O Ś W I A D C Z E N I E O U P R A W N I E N I A C H

(pieczęć Wykonawcy)

D L A C ZĘ Ś C I I

NAZWA (FIRMA) WYKONAWCY

ADRES WYKONAWCY

O Ś W I A D C Z E N I E

O ś w i a d c z a m , ż e osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia zgodnie z wymaganiami zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia, tj.:

LP.	IMIĘ I NAZWISKO*	RODZAJ / NAZWA WYMAGANEGO UPRAWNIENIA	RODZAJ / NAZWA POSIADANEGO UPRAWNIENIA*
1.	2.	3.	4.
1.	posiadanie przygotowania zawodowego udokumentowanego ukończeniem: - zakładu kształcenia nauczycieli lub studiów wyższych na kierunku oligofrenopedagogika, pedagogika, pedagogika specjalna lub - zakładu kształcenia nauczycieli lub studiów wyższych na dowolnym kierunku nauczycielskim i ukończone studia podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny na kierunku oligofrenopedagogika, pedagogika, pedagogika specjalna.	
2.		

***UWAGI:**

1. NALEŻY WYPEŁNIĆ KOLUMNY NR: 2 I 4, Z TYM ŻE W KOLUMNIE NR 4 NALEŻY WPISAĆ TREŚĆ Z KOLUMNY NR 3, UZUPEŁNIONĄ O ODPOWIEDNIE INFORMACJE SZCZEGÓŁOWE.
2. DOŁĄCZANIE KOPII UPRAWNIEŃ NIE JEST WYMAGANE.

Data

.....
(podpis Wykonawcy)