Załącznik nr 4 do SIWZ

**OŚWIADCZENIE SPEŁNIENIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Przystępując do postępowania na

**„Wyjazd terapeutyczno – szkoleniowy”**

działając w imieniu Wykonawcy:

………………………………………………………………….………………………………………………

(podać nazwę i adres Wykonawcy)

**Oświadczam, że na dzień składania ofert spełniam warunki udziału w postępowaniu.**

Wykonawca ubiegający się o przedmiotowe zamówienie musi spełniać warunki udziału w postępowaniu określone w SIWZ, dotyczące:

1. posiadanie przez podmiot realizujący kurs „Recepcjonista medyczny” wpisu do rejestru instytucji szkoleniowych (RIS)
2. znajdowania się sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
3. zdolności technicznej lub zawodowej:
   1. w zakresie doświadczenia – oświadczam że posiadam doświadczenie niezbędne do wykonania zamówienia
   2. w zakresie dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia - oświadczam, że osoba, która poprowadzi kurs „Recepcjonista medyczny” posiadają minimum **5 letnie doświadczeniem w pracy** i doświadczenie w prowadzeniu szkoleń oraz posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia. Psycholog posiada minimum **10 letnie doświadczenie w pracy** oraz doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi i doświadczenie w prowadzeniu treningów i zajęć*.*
   3. w zakresie zdolności zawodowych – posiadam opracowany program kursu „Recepcjonista medyczny” zgodnie z szczegółami podanymi w Załączniku nr 1 do SIWZ oraz opracowany program treningu umiejętności i kompetencji społecznych oraz zajęć integrująco – aktywizujących z szczegółami podanymi w Załączniku nr 1 do SIWZ

......................................................................................

podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy