Projekt nr FESW.09.04-IZ.00- 0005/23 pn. „Społeczne Starachowice – rozwój usług świadczonych przez CUS” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego na lata 2021-2027.

Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego: **DAO.26.8.11.2024**

 *Załącznik Nr 1 do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego*

**Oświadczenia Wykonawcy**

**Wykonawca:**

………………………………………………

………………………………………………

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

reprezentowany przez:

………………………………………………

………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na przeprowadzenie szkoleń z udzielania pierwszej pomocy dla 120 osób w ramach projektu pn. „Społeczne Starachowice – rozwój usług świadczonych przez CUS”**

prowadzonego przez Centrum Usług społecznych w Starachowicach, oświadczam, co następuje:

[ ]  Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym oraz osobami zapewniającymi jakość i terminowość realizacji zamówienia.

[ ]  Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności, będącej przedmiotem zamówienia.

[ ]  Posiadam doświadczenie w prowadzeniu działalności szkoleniowej, w tym w ciągu ostatnich 3 lat przed terminem złożenia oferty jako Wykonawca zrealizowałem co najmniej 100 godzin usług polegających na zorganizowaniu i przeprowadzeniu szkoleń dla łącznie minimum 50 uczestników.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Ilość godzin usług szkoleniowych** | **Okres wykonywania usług szkoleniowych****od – do DD.MM.RRRR** | **Miejsce wykonania** | **Ilość uczestników szkoleń** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

[ ]  Dysponuję co najmniej jedną osobą, która posiada doświadczenie w realizacji szkoleń z zakresu pierwszej pomocy, w tym w ciągu ostatnich 2 lat od dnia złożenia oferty przeprowadziła co najmniej 10 szkoleń z zakresu przedmiotu zamówienia.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** |  **Imię, nazwisko osoby** | **Okres wykonywania usług szkoleniowych****od – do DD.MM.RRRR** | **Miejsce wykonania** | **Ilość usług szkoleniowych** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

**2) Propozycja programu szkolenia:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

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

…………….……..……….….dnia ………….……. r.

 *(miejscowość)*

 ……………………………….…………

 (podpis/y osoby/osób uprawnionej/ych)