*Załącznik nr 2 do ZO-44/19/BD.*

**Oświadczenie**

o posiadaniu kwalifikacji oraz doświadczenia zawodowego w zakresie tematycznym, którego dotyczy przedmiot zamówienia

Oświadczam, że …………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (dane Wykonawcy)

posiadam wykształcenie wyższe w kierunku fizjoterapia lub tytuł naukowy dr nauk med. praktykujący w zawodzie /prowadzący działalność dydaktyczną oraz co najmniej 7 letnie doświadczenie w prowadzeniu procesu rehabilitacji osób po leczeniu nowotworowym głowy i szyi

Jednocześnie, na każde żądanie Zamawiającego, zobowiązuję się do przedłożenia dokumentów potwierdzających poziom wykształcenia oraz doświadczenia zawodowego.

 ……………………………….. ……………………………………..

 *miejscowość, data, podpis i pieczątka imienna*

*pieczęć firmowa wykonawcy osoby upoważnionej*