Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr ADM.2623.7.2025

*Pieczęć firmowa Wykonawcy*

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składając niniejszą ofertę w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu   
w Zapytaniu ofertowym Nr ADM.2623.7.2025 w ramach projektu pn. **Dbamy o zdrowie pracowników WOTUiW w Toruniu” nr FEKP.08.08-IZ.00-0029/23** współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Priorytetu 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działania 08.08 Wsparcie w obszarze zdrowia programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027, oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone przez Zamawiającego w Rozdziale VII Zapytania ofertowego w następującym zakresie:

1. **Warunek w zakresie doświadczenia oraz uprawnienia do wykonywania działalności:**

Oświadczam, iż posiadam doświadczenie oraz uprawnienia niezbędne do wykonywania działalności lub czynności określonej w Zapytaniu ofertowym, jeżeli ustawy lub inne akty prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

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

miejscowość, data podpis Wykonawcy / osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

1. **Warunek w zakresie dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia oraz zdolności technicznej do wykonania zamówienia:**

Oświadczam, iż posiadam potencjał kadrowy niezbędny do wykonania zamówienia, w tym dysponuję osobami, które posiadają niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponują potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia.

Oświadczam, że posiadam zdolność techniczną warunkującą wykonanie zamówienia.

Oświadczam, iż dysponuję co najmniej 2 osobami posiadającymi wykształcenie wyższe oraz odpowiednie uprawnienia tj. kwalifikacje psychologa (potwierdzone formalnym dokumentem – wykształcenie wyższe kierunkowe) oraz prawo do wykonywania zawodu psychologa zgodnie z Ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów lub kwalifikacje psychoterapeuty potwierdzone formalnymi dokumentami o ukończonych kursach i posiadają co najmniej 3-letnie doświadczenie w pracy terapeutycznej z osobami dorosłymi.

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

miejscowość, data podpis Wykonawcy / osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

1. **Warunek w zakresie zdolności ekonomicznej i finansowej do wykonania zamówienia:**

Oświadczam, że posiadam zdolności: finansową i ekonomiczną warunkujące wykonanie zamówienia.

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

miejscowość, data podpis Wykonawcy / osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy

**INFORMACJA O PODMIOTACH TRZECICH**:

Oświadczam, że w celu wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu określonych przez Zamawiającego w......................................................................................................................................

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

*(wskazać warunek jaki Wykonawca wykazuje przy wykorzystaniu zasobów podmiotu trzeciego)*

polegam na zasobach następującego/cych podmiotu/ów: ......................................................................

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

*(wskazać podmiot)*

w następującym zakresie: ……………………………………………………………………………………………………………………

*(należy określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).*

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

miejscowość, data podpis Wykonawcy / osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy