

Projekt „Rodzina zastępcza – dajmy przyszłość dzieciom” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2

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

(imię i nazwisko, adres Wykonawcy)

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie  
w Pabianicach  
ul. Traugutta 6a  
95-200 Pabianice**

Oświadczam, że:

- 1) posiadam .....- letnie doświadczenie zawodowe,
- 2) zrealizowałam(-em) usługi wskazane w tabeli poniżej.

**Wykaz wykonanych usług przez Wykonawcę, który będzie świadczył usługę wskazaną w Zaproszeniu do złożenia oferty z dnia 16.01.2017 r.**

Lp.	Przedmiot usługi	Podmiot, na którego rzecz usługa była świadczona	Wymiar czasowy od (dd-mm-rr) do (dd-mm-rr) oraz wymiar godzinowy świadczonej usługi

Oświadczam, że na żądanie Zamawiającego przedstawię dokumenty potwierdzające wykonanie w/w usług/i.

....., dnia .....2017 r.  
(miejscowość)

.....  
(podpis Wykonawcy)



Projekt „Rodzina zastępcza – dajmy przyszłość dzieciom” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 3

**WZÓR OŚWIADCZENIA O BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA  
Z POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA O WARTOŚCI  
NIE PRZEKRACZAJĄCEJ RÓWNOWARTOŚCI 30 000 EURO.**

Imię i nazwisko Wykonawcy .....

Imię i nazwisko Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy .....

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia na realizację zadania: „Zatrudnienie na umowę zlecenie psychoterapeuty do przeprowadzenia terapii indywidualnej oraz terapii rodzinnej dla Beneficjentów Ostatecznych projektu „Rodzina zastępcza-dajmy przyszłość dzieciom” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, przeprowadzanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach w trybie zapytania ofertowego **oświadczam** na dzień składania ofert, że **nie podlegam** wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia na podstawie punktu IX zawartego w Zaproszeniu do złożenia oferty.

....., dnia .....2017 r.

(miejscowość)

.....

(podpis Wykonawcy)



Projekt „Rodzina zastępcza – dajmy przyszłość dzieciom” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 4

## WZÓR OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCEGO MIESIĘCZNEJ ILOŚCI GODZIN ZAANGAŻOWANIA ZAWODOWEGO WYKONAWCY.

Imię i nazwisko Wykonawcy .....

Adres Wykonawcy .....

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia na realizację zadania: „Zatrudnienie na umowę zlecenie psychoterapeuty do przeprowadzenia terapii indywidualnej oraz terapii rodzinnej dla Beneficjentów Ostatecznych projektu „Rodzina zastępcza-dajmy przyszłość dzieciom” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, przeprowadzanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach w trybie zapytania ofertowego **oświadczam** na dzień składania ofert, że w przypadku wyboru mojej oferty, **moje łączne zaangażowanie** w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych (tj. Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego i Europejskiego Funduszu Społecznego) i Funduszu Spójności oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych Powiatu Pabianickiego/ Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Pabianicach i innych podmiotów, **przekracza/nie przekracza\* 276 godzin miesięcznie.**

....., dnia .....2017 r. ....

(miejscowość)

(podpis Wykonawcy)

\*niepotrzebne skreślić

