**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Przystępując do udziału w postępowaniu znak DOA.2610.4.2024 na Świadczenie usług asystenckich dla osób z niepełnosprawnością (zwanych dalej OzN) zamieszkałych na terenie Legnicy na rzecz realizacji projektu „Zdrowy Dom – sieć usług wspierających zdrowie psychiczne mieszkańców Legnicy” w ramach Priorytetu 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działania 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych, 7.7.A Rozwój usług świadczonych w społeczności lokalnej, Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021 – 2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

Oświadczam, że Wykonawca dysponuje odpowiednimi osobami, zdolnymi do prawidłowej realizacji zamówienia, zgodnie z zapisami § 3 ust. 43 SWZ.

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

*(data podpis i pieczęć składającego oświadczenie) (osoba/osoby uprawniona/e)*