*Załącznik nr 4 do zapytania ofertowego*

………………………., dnia …………..…..

**Oświadczenie o kwalifikacjach osób wykonujących przedmiot zamówienia**

Przystępując do Zapytania ofertowego nr 1/2025 na świadczenie usług medycznych w ramach projektu „Otoczeni opieką - program wsparcia hospicjów domowych dla mieszkańców Mokotowa i Powiatu Pruszkowskiego” (nr FEMA.08.05-IP.01-0860/25), oświadczam, że:

1. dysponuję lub będę dysponować przy realizacji przedmiotu zamówienia lekarzem medycyny paliatywnej (albo lekarzem legitymującym się ukończeniem kursu w dziedzinie medycyny paliatywnej) lub jestem lekarzem medycyny paliatywnej (albo lekarzem legitymującym się ukończeniem kursu w dziedzinie medycyny paliatywnej) – **na potwierdzenie czego załączam skany stosownych dokumentów (skan dyplomu ukończenia studiów medycznych, dyplom specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej lub certyfikat/zaświadczenie ukończenia kursu w dziedzinie medycyny paliatywnej)**;
2. posiadam czynne prawo wykonywania zawodu lekarza lub dysponuję osobą/osobami (albo będę dysponować) przy wykonywaniu przedmiotu zamówienia, która/e posiada/ją czynne prawo wykonywania zawodu lekarza.

…………………………………………………………………………

podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy