**Załącznik nr 2**

( do zapytania ofertowego nr 1/12/CIS/2025)

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Wykonawca …………………………….… z siedzibą w ………………………………………..…………………………………..…….

*(Nazwa Wykonawcy)* *(Adres Wykonawcy)*

składając ofertę w odpowiedzi na zapytanie ofertowe 01/12/CIS/2025

oświadczam, że:

1. Posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
2. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia, w tym spełnia następujące warunki:
   * nie jest przedmiotem wszczętego postępowania upadłościowego, ani jego upadłość nie jest ogłoszona, nie jest poddany procesowi likwidacyjnemu, a jego sprawy nie są objęte zarządzeniem komisarycznym lub sądowym,
   * nie zalega z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.
3. Oświadczam, że osoba przewidziana do realizacji zamówienia:……………………………………………………………………(imię i nazwisko)

1. posiada kwalifikacje i wykształcenie do prowadzenia zajęć z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej zgodnie z Ustawą z dnia 8.09.2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym tj. lekarz sytemu, pielęgniarka systemy, ratownik medyczny;

2. posiada wiedzę merytoryczną z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej wg bieżących wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji Krążeniowo-Oddechowej oraz co najmniej 2 letnią praktykę zawodową na stanowisku lekarza, pielęgniarki lub ratownika medycznego

3. w okresie ostatnich dwóch lat przed dniem ogłoszenia zapytania ofertowego, a jeśli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie; zrealizowała minimum dwie usługi polegające na przeprowadzeniu zajęć z zakresu pierwszej pomocy przedmedycznej w zakresie: grupowych zajęć edukacyjnych .

1. Wykształcenie związane z przedmiotem zamówienia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data: od (miesiąc / rok) do (miesiąc / rok) | Instytucja | Uzyskane stopnie lub dyplomy: |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Doświadczenie:**
2. posiada co najmniej 2 - letnie doświadczenie zawodowe.;

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) | Podmiot/Miejsce | Branża: | Stanowisko: | Opis obowiązków |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Łączny okres doświadczenia zawodowego: - …………….….

**5. doświadczenie w przeprowadzeniu minimum 2 usług szkoleniowych z zakresu przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Podmiot  (nazwa i adres) | Tematy prowadzonych szkoleń/kursów | Okres współpracy | Ilość zrealizowanych godzin szkolenia |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu związanego z niniejszym postępowaniem, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

|  |  |
| --- | --- |
| **……………………………………………………………..………..** | **……………………………………………………………..………..** |
| *Miejscowość, data* | *Pieczątka i podpis osoby/podpisy osób upoważnionych do składnia oświadczeń woli w imieniu Oferenta* |