*Załącznik nr 9 do SWZ*

US / 1 / 2025

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu

w imieniu Wykonawcy :

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

*(pełna nazwa firmy, adres)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na:

Wyłonienie kadry dydaktycznej w ramach kursu specjalizacyjnego w dziedzinie Psychoterapii Dzieci i Młodzieży- moduł III

prowadzonego przez Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II w Sosnowcu Sp. z o.o.

oświadczam, że posiadam:

- certyfikat psychoterapeuty wydany przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne/Polskie Towarzystwo Psychiatryczne lub Europejski Certyfikat Psychoterapii certyfikatu psychoterapeuty od co najmniej 5 lat lub tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży od co najmniej 3 lat oraz

- co najmniej 5 letnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć dydaktycznych z zakresu psychoterapii w podejściu integracyjnym wobec pacjentów w wieku rozwojowym i/lub młodych dorosłych.

Oświadczenie w przypadku, gdy Wykonawca do realizacji zadania będzie dysponował osobą posiadającą w/w uprawnienia.

Oświadczam, że Pan/Pani……………………………… będzie brał(a) udział w realizacji

/imię i nazwisko/

i posiada w/w uprawnienia i kwalifikacje.

………….……., dnia ………….……. r.

*(miejscowość, data)*

……………………………………………………

podpis elektroniczny kwalifikowany lub podpis zaufany lub osobisty osoby/-ób

uprawnionej/-ych do reprezentowania Wykonawcy lub pełnomocnika