**Załącznik nr 5 do** **Zapytania ofertowego**

na świadczenie usług psychologa dla rodzin z terenu gminy Skulsk w ramach: Projektu pn.„**LUS” – Lokalne Usługi Społeczne w powiecie konińskim współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego**

Miejscowość, data…………………………..

…………………………………………….

…………………………………………….

…………………………………………….

Nazwa i adres wykonawcy

PESEL, NIP, REGON

…………………………………………….

Telefon kontaktowy i adres e-mail

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Sikorskiego 6

62-560 Skulsk

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że mój stan zdrowia pozwala mi na świadczenie usług psychologa dla rodzin z terenu gminy Skulsk.

Oświadczenie składam pod odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego:

“Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”.

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

/ czytelny podpis osoby składającej oświadczenie /