

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
tel. kontaktowy

Urząd Miejski w Żninie
Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia
ul. 700-lecia 39
88-400 Żnin

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż w przypadku wyboru przez Państwa mojej oferty będę realizował/a zajęcia w terminie wskazanym przez Zamawiającego według harmonogramu zajęć.

Oświadczam, że posiadam wymagane kwalifikacje do udziału w konkursie na prowadzenie zajęć według wymaganych w ofercie kryteriów, a w przypadku wyłonienia mojej oferty zobowiązuję się dostarczyć poświadczone za zgodność z oryginałem dokumenty poświadczające wymagane kwalifikacje przed wyznaczonym terminem podpisania umowy.

.....
miejscowość, data

.....
podpis oferenta