



**Załącznik nr 2**

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(pieczęć adresowa Wykonawcy)

**Oświadczenie**

Nazwa i adres siedziby Wykonawcy, NIP, numer telefonu, faxu, adres e-mail

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

Odpowiadając na:

**OGŁOSZENIE O ZAMÓWIENIU NA USŁUGI SPOŁECZNE I INNE SZCZEGÓLNE  
USŁUGI**

na świadczenie usługi psychologa w zakresie opracowania diagnozy indywidualnych potrzeb i potencjałów uczestników/uczestniczek projektu w celu przygotowania i realizacji wsparcia w oparciu o ścieżkę reintegracji w wymiarze 84 godzin (po 4 godziny na każdego z uczestników/uczestniczek projektu) dla 12 osób będących w pieczy zastępczej i opuszczających te pieczę oraz 9 osób z niepełnosprawnościami w projekcie „Czas na zmiany” realizowanego w ramach Osi priorytetowej IX „Wsparcie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, działania 9.1 „Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu”, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu opisane w pkt. VIII ogłoszenia o zamówieniu tj.:

- posiadamy uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania
- posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie
- dysponujemy odpowiednim potencjałem technicznym
- dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

Poradnictwo będzie prowadzić wyłącznie osoba:

- posiadająca wykształcenie wyższe psychologiczne
- doświadczenie w pracy z grupą zagrożoną wykluczeniem społecznym min. 3 lata
- doświadczenie psychologa w prowadzeniu poradnictwa/szkoleń/spotkań/warsztatów dla osób pochodzących z rodzin zagrożonych wykluczeniem społecznym
- nie zatrudniona/ny w instytucji uczestniczącej w realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Mazowieckiego 2014 -2020 na podstawie stosunku pracy i nie zachodzi konflikt interesów lub podwójne finansowanie.

**Podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy:**

.....