**US/16/2020** **Załącznik nr 2C**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)* |  |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

*dotyczy* ***części nr 3:******Usługa szkoleniowa – przeprowadzenie szkolenia z zakresu:   
ZUS ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, zasiłki chorobowe i inne świadczenia.   
Ubezpieczenia i prawo pracy. Obowiązki płatników***

**Oświadczam**, że personel skierowany do realizacji przedmiotu zamówienia (szkolenia) spełnia następujące warunki:

* posiada wykształcenie wyższe (min. licencjat lub inżynier),
* posiada doświadczenie zawodowe z zakresu obejmującego przedmiot zamówienia, przy czym minimalne doświadczenie zawodowe w ww. zakresie nie może być krótsze niż 2 lata oraz obejmuje okres od 31.10.2018 r. do 01.11.2020 r.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*Miejscowość, data Podpis (imię i nazwisko)Wykonawcy lub podpis(imię i nazwisko)*

*uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy)*