



Projekt pn. „Terapia Neuroflow szansą podopiecznych z zaburzeniami przetwarzania słuchowego” współfinansowany z darowizny z TVP „Reklama dzieciom” i środków Stowarzyszenia na Rzecz Wspierania Osób Niepełnosprawnych „Pod Skrzydłami” w Sokółce

**Załącznik Nr 3**

**Dane Wykonawcy:**

Imię i nazwisko i/lub nazwa (firma) Wykonawcy:

.....  
.....

**Adres Wykonawcy:**

ulica, nr lokalu, kod, miejscowość:

.....  
.....

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WYMAGAŃ FORMALNYCH**

1. Oświadczam, że nie byłam/em skazany prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.
2. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych.
3. Oświadczam, że posiadam obywatelstwo polskie.

.....

.....

Miejsce, data

podpis osoby (podpisy osób) upoważnionej  
(upoważnionych) do reprezentowania Wykonawcy/  
Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie  
zamówienia