|  |
| --- |
| **Wykonawca:** |
| …………………………………………………………………… |
| …………………………………………………………………… |
| *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)* |

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

|  |
| --- |
| Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: |
| **„Przeprowadzenie warsztatów z zakresu profilaktyki uzależnień od substancji psychoaktywnych i uzależnień behawioralnych”** |
| prowadzonego przez Szpital Kliniczny im. dr. Józefa Babińskiego SPZOZ w Krakowie, oświadczam co następuje: |

Wykonawca, którego reprezentuję, posiada certyfikat *(licencję, zaświadczenie, inny dokument określony przez autora programu rekomendowanego)* realizatora następujących programów rekomendowanych znajdujących się w „Bazie programów rekomendowanych”, prowadzonej przez Krajowe Centrum Przeciwdziałaniom Uzależnieniom (https://programyrekomendowane.pl/) oraz gwarantuje realizację tych programów zgodnie ze standardami realizacji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Program rekomendowany** | **TAK/NIE** |
| **1** | **PROGRAM DOMOWYCH DETEKTYWÓW „JAŚ I MAŁGOSIA NA TROPIE”** |  |
| **2** | **PROGRAM FANTASTYCZNE MOŻLIWOŚCI** |  |
| **3** | **PROGRAM PROFILAKTYCZNY DEBATA** |  |
| **4** | **UNPLUGGED (bezpośrednia realizacja w klasach)** |  |
| **5** | **ARS, CZYLI JAK DBAĆ O MIŁOŚĆ?** |  |
| **6** | **WSPÓLNE KROKI W CYBERŚWIECIE** |  |

Wykonawca, którego reprezentuję, oświadcza, że w przypadku wyboru jego oferty przez Zamawiającego przed podpisaniem umowy przedstawi Zamawiającemu aktualny certyfikat *(licencję, zaświadczenie, inny dokument określony przez autora programu rekomendowanego)* realizatora dla każdego programu rekomendowanego objętego ofertą Wykonawcy.

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

 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej

 do reprezentowania Wykonawcy)