

.....
Miejscowość, data

.....
.....
Dane Oferenta

**Dotyczy zadania publicznego z zakresu działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami
„Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” – edycja 2024**

OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu *(nazwa podmiotu)* oświadczam, iż:

- 1) *(nazwa podmiotu)* posiada minimum 2-letnie doświadczenie w realizacji zadań/projektów dofinansowanych ze środków zewnętrznych w tym zadań/projektów społecznych dla seniorów/osób niepełnosprawnych osoba udzielająca porad posiada uprawnienia do świadczenia pomocy prawnej.
- 2) *(nazwa podmiotu)* w przypadku otrzymania dotacji, środki finansowe na realizację zadania przekaże na rachunek bankowy, którego właścicielem jest *(nazwa podmiotu)*. Konto w *(nazwa banku)* nr
- 3) *(nazwa podmiotu)* dysponuje kadrą niezbędną do realizacji zadania,
- 4) *(nazwa podmiotu)* nie posiada zaległości finansowych w stosunku do właściwego Urzędu Skarbowego oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych
- 5) *(nazwa podmiotu)* rzetelnie i terminowo rozliczyła dotacje otrzymane na realizację zadań publicznych w ostatnich 2 latach.

.....
*(czytelny podpis osób upoważnionych
do składania oświadczeń w imieniu
oferenta)*

H