**Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nazwa, adres Wykonawcy |  | Miejscowość i data |

**ZFZ.042.9.19.2017/2018**

**OŚWIADCZENIE**

dot. Zapytania ofertowego w zakresie **„Przeprowadzenia zajęć z terapii integracji sensorycznej w ramach projektu „Kętrzyńskie maluszki-utworzenie nowych miejsc przedszkolnych w Gminie Miejskiej Kętrzyn”,** współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020.

Oświadczam, że **dysponuję niezbędnym potencjałem osobowym   
i technicznym** niezbędnymi do wykonania przedmiotu zamówienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Podpis Wykonawcy/Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy |