|  |
| --- |
| **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 ([www.kcpu.gov.pl](http://www.kcpu.gov.pl)) oraz gwarantuje realizację tych programów zgodnie ze standardami realizacji:

|  |  |
| --- | --- |
| **Program rekomendowany** | **TAK/NIE** |
| **PROGRAM DOMOWYCH DETEKTYWÓW „JAŚ I MAŁGOSIA NA TROPIE”** |  |
| **PROGRAM FANTASTYCZNE MOŻLIWOŚCI** |  |
| **PROGRAM WZMACNIANIA RODZINY** |  |
| **PROGRAM PROFILAKTYCZNY DEBATA** |  |
| **UNPLUGGED (bezpośrednia realizacja w klasach)** |  |
| **ARS, CZYLI JAK DBAĆ O MIŁOŚĆ?** |  |
| **ARCHIPELAG SKARBÓW** |  |
| **ZAGRAJMY RAZEM** |  |
| **LABORATORIUM WIEDZY POZYTYWNEJ** |  |
| **SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 1-3** |  |
| **SPÓJRZ INACZEJ DLA KLAS 4-6** |  |
| **WSPÓLNE KROKI W CYBERŚWIECIE** |  |
| **TRZY KOŁA** |  |

Wykonawca, którego reprezentuję, oświadcza, że na żądanie Zamawiającego przedstawi 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)