

.....
.....
.....
Miejscowość, data

Dane Oferenta

**Dotyczy zadania publicznego z zakresu działalności na rzecz osób z niepełnosprawnościami
"Opieka wytchnieniowa" - 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

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)*

9/1