**Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 3/KonwencjaONZ/SNR/2017**

w ramach projektu „Badanie wdrażania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w instytucjach publicznych w województwie świętokrzyskim”

Imię i nazwisko: ………………………………………….…….

Adres: ……………………………….……………………………….

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Ja, niżej podpisany oświadczam, że:

1. Oferuję wykonanie zamówienia zgodnie z zapytaniem ofertowym.
2. Zapoznałem/am się z Zapytaniem Ofertowym, przyjmuję warunki w nim zawarte i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Posiadam niezbędne kwalifikacje, doświadczenie i wykształcenie do wykonania przedmiotu zamówienia.
4. Posiadam niezbędną wiedzę z zakresu: Konwencji ONZ o prawach osób niepełnosprawnych oraz uregulowań krajowych dotyczących praw osób niepełnosprawnych oraz Ustaw:

- o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

- o języku migowym i innych środkach komunikowania się;

- Prawo budowlane;

- Kodeks wyborczy;

- o systemie oświaty;

- Kodeks pracy;

- o służbie cywilnej;

- o pracownikach administracji samorządowej;

- o działalności pożytku publicznego i wolontariacie.

1. Potrafię obsługiwać komputer i oprogramowania w stopniu umożliwiającym:

- analizę danych jakościowych i ilościowych;

- opracowanie raportu;

1. Zobowiązuję do wykonania zamówienia w terminie określonym w zapytaniu ofertowym.
2. W przypadku przyznania zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na stałość cen na oferowane usługi przez cały okres obowiązywania umowy.
4. Oświadczam, iż :

a) obciążenie z tytułu zaangażowania w realizację projektu „Badanie wdrażania Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych w instytucjach publicznych w województwie świętokrzyskim” nie wyklucza możliwości prawidłowej i efektywnej realizacji wszystkich zadań mi powierzonych;

b) łączne moje zaangażowanie zawodowe w realizację wszystkich projektów finansowanych z funduszy strukturalnych i FS oraz działań finansowanych z innych źródeł, w tym środków własnych beneficjenta i innych podmiotów, nie przekracza **276 godzin miesięcznie**

……………………………………… dnia ……………………………..

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

(podpis Wykonawcy)