Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego nr 1/2/PFRON/2024

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOT. UPRAWNIEŃ**

Oświadczam, że przepisy prawa nakładają/nie nakładają\* na mnie obowiązku posiadania dodatkowych uprawnień do wykonywania działalności określonej w przedmiocie zamówienia, którym jest **przeprowadzenie szkolenia w zakresie rejestratorki medycznej wraz z praktyczną nauką obsługi programu Mmedica i/lub innych popularnych programów komputerowych wykorzystywanych   
w placówkach medycznych**

W przypadku konieczności posiadania dodatkowych uprawnień należy przedłożyć stosowne dokumenty potwierdzające ich posiadanie na dzień składania oferty.

*\* niepotrzebne skreślić*

*Miejscowość ............................, dnia ...............................*

*..................................................................*

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy)*