

OŚWIADCZENIE

podmiotu przyjmującego zlecenie realizacji zadania z zakresu pomocy społecznej pod nazwą:

„Świadczenie usług asystencji osobistej w ramach Programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2026”

Nazwa wykonawcy:

.....

.....

.....

Adres:

.....

.....

Oświadczamy, że usługi Asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością będą świadczone przez osoby posiadające wymagane kwalifikacje.

.....

data i podpis
osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu