

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 prowadzimy utworzony na terenie miasta Ropczyce punkt koordynujący w zakresie świadczonych usług, działający w okresie obowiązywania umowy. Punkt koordynujący będzie czynny od poniedziałku do piątku minimum 2 godziny dziennie oraz będzie wyposażony w telefon.

.....

data i podpis
osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu