Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia

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

(pieczęć adresowa Oferenta)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Przystępując do udziału w konkursie ofert na realizację zadania publicznego pn. „Organizacja i przeprowadzenie oddziaływań o charakterze terapeutyczno - edukacyjno - rekreacyjnym
w formie wyjazdowej w ramach rehabilitacji społecznej dorosłych osób z niepełnosprawnością
z terenu Miasta Świnoujście” ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Świnoujście oświadczam, iż zobowiązuję się do:

a) przeprowadzenia kwalifikacji uczestników,

b) zapewnienia kadry, którą stanowią m.in:

- osoby prowadzące zajęcia/oddziaływania o charakterze terapeutyczno – edukacyjnym, posiadające kwalifikacje i umiejętności w zakresie objętym programem,

- opiekunowie osób z niepełnosprawności, posiadający doświadczenie i umiejętności niezbędne do sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnością,

- osoby pełniące funkcję pomocy opiekunów osób z niepełnosprawnościami, posiadające doświadczenie i umiejętności niezbędne do sprawowania opieki nad osobami z niepełnosprawnościami,

c) realizacji programu o charakterze terapeutyczno – edukacyjnym,

d) realizacji programu rekreacyjno – kulturalnego.

e) zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu uczestników w obiekcie spełniającym wymagania ochrony przeciwpożarowej oraz wymogi sanitarne w oparciu o obwiązujące przepisy prawa,

f) zapewnienia transportu uczestników do i z miejsca, gdzie realizowane będzie zadanie,

g) zapewnienia przeprowadzenia kontroli pod względem technicznym przez stosowne służby środka transportu, jaki będzie wykorzystany w trakcie przewozu uczestników,

h) zapewnienia żywienia zgodnie z zasadami higieny żywienia określonymi w ustawie z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U z 2023 r., poz. 1448),

i) prowadzenia i dostosowania wszelkich działań w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub pandemii do obowiązujących obostrzeń i zasad bezpieczeństwa, aktualnych wytycznych m.in. Głównego Inspektora Sanitarnego, Ministerstwa Zdrowia, jeżeli będą obowiązywały podczas wyjazdu.

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

 podpis Oferenta lub osoby uprawnionej

 do reprezentowania Oferenta

…………………………….., data........................................................