

Wykonawca:
(Zarejestrowana nazwa Wykonawcy, lub imię i nazwisko)

Reprezentowany przez:
(imię i nazwisko, stanowisko, podstawa do reprezentowania)

Dotyczy: postępowanie o udzielenie zamówienia pod nazwą: **Usługa wsparcia psychologicznego dla wychowanków Placówki Opiekuńczo-Wychowawczej Nr 1 w Wydrznie, Placówki Opiekuńczo-Wychowawczej Nr 2 w Wydrznie i Placówki Opiekuńczo-Wychowawczej Nr 3 w Łasinie w ramach projektu pn.: „Przystań Emocji - projekt pomocy psychologicznej dla wychowanków Domów Dobrej Energii”** w okresie od podpisania umowy do 30.06.2026 r.

Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu

Oświadczam, że do realizacji niniejszego zamówienia, w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w ust. 6 pkt 4 w Zapytaniu ofertowym, skieruję następujące osoby:

L.p.	Imię i nazwisko	Wykształcenie Informacja szczegółowa z podaniem: nazwa i siedziba uczelni, nazwa kierunku studiów, tytuł zawodowy i data jego uzyskania, oraz data wydania dyplomu:	Doświadczenie zawodowe w pracy psychologa	Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie, samozatrudnienie, inne - wymienić)
1		Nazwa i siedziba uczelni:, Nazwa kierunku studiów/studiów podyplomowych: Tytuł zawodowy i data jego uzyskania, w tym kursy/szkolenia z zakresu psychoterapii lub terapii i data ich zakończenia:	Posiada łączne doświadczenie w zakresie wsparcia psychologicznego i terapii dzieci i młodzieży (w wieku powyżej 7 roku życia), liczone od daty uzyskania tytułu magistra psychologii, lub daty ukończenia studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii lub terapii, lub daty ukończenia kursu/szkolenia długoterminowego z zakresu psychoterapii lub terapii (w latach/miesiącach),	
		Nazwa i siedziba uczelni:	Posiada łączne doświadczenie w zakresie wsparcia psychologicznego i terapii dzieci i młodzieży (w wieku powyżej 7 roku życia), liczone od daty uzyskania tytułu	

2	, Nazwa kierunku studiów/studiów podyplomowych: Tytuł zawodowy i data jego uzyskania, w tym kursy/szkolenia z zakresu psychoterapii lub terapii i data ich zakończenia: 	magistra psychologii, lub daty ukończenia studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii lub terapii, lub daty ukończenia kursu/szkolenia długoterminowego z zakresu psychoterapii lub terapii (w latach/miesiącach),	
---	---	---	--

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji, oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 kodeksu karnego.

.....
Kwalifikowany podpis elektroniczny, lub profil zaufany, lub elektroniczny podpis osobisty Wykonawcy

UWAGA:

Zamawiający zaleca:

- 1) wydrukowanie dokumentu, podpisanie jego długopisem, a następnie dokonanie cyfrowego odwzorowania (zrobienie tzw. skanu) i podpisanie kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub profilem zaufanym, lub elektronicznym podpisem osobistym, lub
- 2) przerobienie pliku na PDF i podpisanie tego pliku kwalifikowanym podpisem elektronicznym, lub profilem zaufanym, lub elektronicznym podpisem osobistym