MOW.S.070.3.2022 Zał. nr 4 do SWZ

Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznegoprowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji pn.**„MOW Jaworek stawia na wychowanków!” -świadczenie usług psychoterapii indywidualnej i z zakresu psychiatrii**

**dotyczy** **□ części I i/lub □ II i/lub □ części III zamówienia( zaznacz właściwe)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby skierowanej przez Wykonawcę do świadczenia usługi psychoterapii indywidualnej/ z zakresu psychiatrii | **Kwalifikacje zawodowe**  **Uprawnienia i wykształcenie( należy wskazać zgodnie z rozdz. VI pkt. 6.4 SWZ)** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie (podać ilość lat i dni doświadczenia lub ilość godzin)zgodnie z rozdz. kryteria oceny ofert-SWZ** | **Podstawa do dysponowania**  **osobą\***  (zatrudnienie-pracownik-umowa o prace,  zlecenie, os. fizyczna, os. Prowadząca  jednoosobową działalnośc gospodarcza itd.) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

# Pieczęć i podpis osoby (osób) upoważnionej do reprezentowania wykonawcy