**Załącznik 9 do SWZ (składany razem z ofertą Wykonawcy)**

**DOŚWIADCZENIE PSYCHOTERAPEUTY**

**Świadczenie usług terapeuty uzależnień w ramach terapii rodziny w podziale na części,**

znak sprawy **ROPS-III.5.1.12.2024**

**składane do Części ……………………..** ( należy wskazać numer części, której dotyczy )

W celu uzyskania punktów w kryterium „Doświadczenie terapeuty” przedstawiam informacje i oświadczam, że nw. osoba posiada doświadczenie przy realizacji wskazanego zadania:

Imię i nazwisko osoby proponowanej na stanowisko terapeuty : ……………………………………………………………….

Podstawa do dysponowania: ……………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | **Podmiot, na rzecz którego wykonano usługę ze wskazaniem danych kontaktowych do osoby mogącej potwierdzić zrealizowaną usługę (co najmniej numer telefonu i adres e-mail)[[1]](#footnote-1)** | **Zakres (nazwa ) usługi terapii uzależnień w formie indywidualnej i/lub terapii rodziny )** | **Data wykonania usługi ( od – do )**  | **Liczba miesięcy** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
|  4. |  |  |  |  |

***elektroniczny podpis osoby/ osób uprawnionych***

***do wystąpienia w imieniu Wykonawcy***

1. Należy podać dane kontaktowe (co najmniej numer telefonu i adres e-mail) osoby, która z ramienia Inwestora dla poszczególnego zadania może potwierdzić, że zadanie zostało zrealizowane przez wykazaną osobę. W przypadku, jeżeli osoba potwierdzająca dysponuje jedynie kontaktem w postaci numeru telefonu lub adresu e-mail, należy wskazać, że jest to jedyny dostępny sposób kontaktu z tą osobą. W przypadku braku takowych informacji lub w przypadku uzasadnionych wątpliwości, po negatywnej weryfikacji złożonego oświadczenia, Zamawiający nie oceni niepotwierdzonych zadań w tym kryterium oceny ofert. W przypadku braku uzupełnienia którejkolwiek z kolumn dla poszczególnych zadań, Zamawiający nie oceni takowych zadań w tym kryterium oceny ofert. [↑](#footnote-ref-1)