**Załącznik 2 ROPS.X/2205/9/2020**

**Doświadczenie osoby/osób realizujących usługę** (należy wypełnić osobno dla każdego superwizora, w przypadku więcej niż 2 superwizorów należy dodać kolejne tabele)

**Superwizor 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zrealizowane superwizje od 1 stycznia 2017 roku** | | |
| **Nazwa instytucji** | **Termin realizacji** | **Liczba godzin dydaktycznych** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Superwizor 2**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Zrealizowane superwizje od 1 stycznia 2017 roku** | | |
| **Nazwa instytucji** | **Termin realizacji** | **Liczba godzin dydaktycznych** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………………….… …………………………………………………………………….

Miejsce i data Podpis i pieczęć

osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy