Załącznik nr 4 do SWZ

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

Dane Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

dot. postępowania w sprawie zamówienia publicznego pn. „Usługi psychologiczne, pedagogiczne oraz interwencji kryzysowej dla klientów Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Świdnicy Z PODZIAŁEM NA ZADANIA”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | Wykształcenie  (należy podać wykształcenie, które potwierdza spełnienie warunku opisanego  w pkt. 1.2 części IV SWZ) | Doświadczenie | Podstawa do dysponowania osobami skierowanymi do wykonania zamówienia | Osoby będące w dyspozycji Wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot |
| 1 |  | Posiada:  - ukończone studia wyższe na kierunku: …………………………………………………………………………………..  - ukończone studia podyplomowe w zakresie\*:  …………………………………………………………………………………..  - ukończone kursy, szkolenia:  …………………………………………………………………………………..  - odbyte ……………. spotkania superwizyjne indywidualne\*, grupowe\* …………………………….. | Doświadczenie zawodowe:  Posiada ………………….. – letnie  *(należy podać okres)*  doświadczenie zgodnie z postawionym warunkiem w Specyfikacji Warunków Zamówienia,  **co potwierdzają następujące dokumenty, referencje załączone do niniejszego wykazu osób**:  ……………………………………………………..  …………………………………………………….. |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |

\*niewłaściwe skreślić

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i załącznikach są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**Uwaga:**

**Do wykazu należy dołączyć wszystkie wymagane zapisami SWZ dokumenty potwierdzające wykształcenie, kwalifikacje i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia.**

**Dokumenty powinny być w postaci elektronicznej (np. skan) podpisany podpisem elektronicznym Wykonawcy.**

Panel podpisu elektronicznego:

…………….........................., dn. \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_r.

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

ELEKTRONICZNY PODPIS WYKONAWCY lub osoby

uprawnionej do składania oświadczeń woli

w imieniu Wykonawcy, w postaci:

- kwalifikowanego podpisu elektronicznego,

- **LUB** podpisu zaufanego,

- **LUB** podpisu osobistego e-dowód.

\*Niepotrzebne skreślić