**Załącznik 1 ROPS.X/2205/9/2020**

**Kwalifikacje 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** | **Numer certyfikatu superwizora** |
|  |  |
|
|

**Superwizor 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Numer certyfikatu superwizora** |
|  |  |
|
|

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

Miejsce i data Podpis i pieczęć

 osoby upoważnionej

do reprezentowania Wykonawcy