**Załącznik do zapytania ofertowego**

**Wykaz osób**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Opis warunku udziału w przetargu przedmiotu zamówienia** | **Nazwisko i imię psychologa/pedagoga/rehabilitanta lub fizjoterapeuty/lekarza** | **Liczba lat doświadczenia** | **Dokument potwierdzający doświadczenie** |
| 1 | Konsultant naukowo-merytoryczny o wykształceniu wyższym magisterskim z kierunku nauk społecznych |  |  | Tak/Nie |
| 2 | Psycholog/neuropsycholog o wykształceniu wyższym magisterskim (lub osoba, która uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w RP) |  |  | Tak/Nie |
| 3 | Neurologopeda o wykształceniu wyższym magisterskim lub osoba, która ukończyła inne studia uzupełniające o kierunku neurologopedycznym (lub która uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w RP) |  |  | Tak/Nie |
| 4 | Fizjoterapeuta/ terapeuta SI o wykształceniu wyższym na kierunku fizjoterapii lub o wykształceniu na kierunku psychologii czy pedagogiki uzupełnionym kursem drugiego stopnia integracji sensorycznej lub studiami podyplomowymi z zakresu integracji sensorycznej (lub osoba o wykształceniu uzyskanym za granicą, uznanym za równorzędne w RP). |  |  | Tak/Nie |
| 5 | Lekarz medycyny o wykształceniu wyższym medycznym (lub osoba, która uzyskała za granicą wykształcenie uznane za równorzędne w RP) |  |  | Tak/Nie |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *miejscowość* |  | *data* |

|  |
| --- |
|  |
| *podpis*  |