Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego

Znak sprawy: MCPS.ZP/KF/351-17/2022 ZO/U

Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy

**Wykaz potwierdzający spełnianie wymagań**

**określonych w Zapytaniu ofertowym pn. : ” Usługa ewaluacji zadania publicznego: Udzielenie pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie – utworzenie Dziennego Domu Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera”**

**Informacje dotyczące Wykonawcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Minimum 3-letnie doświadczenie jako jednostka badawcza prowadząca badania naukowe w zakresie analizy i ewaluacji projektów i programów społecznych\*\* | TAK\*/NIE\* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Temat/ nazwa analizy/badania | Data realizacji |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**Informacje dotyczące eksperta skierowanego do realizacji przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko eksperta** | |  |
| Wykształcenie wyższe oraz stopień naukowy min doktora habilitowanego z dziedziny nauk społecznych lub ekonomicznych | | TAK\*/NIE\* |
| Posiada min. 3 letnie doświadczenie dydaktyczne na uczelni wyższej | | TAK\*/NIE\* |
| W okresie trzech lat przed terminem składania ofert opracował 3 metodologie badań społecznych/ statystyczną analizie danych w projektach dotyczących aktywnego starzenia się i/lub aktywizacji osób starszych | | TAK\*/NIE\*  *W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej, należy uzupełnić dalszą część tabeli* |
| Lp. | Tytuł pracy | Data realizacji |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

\*niewłaściwe skreślić

\*\* w celu potwierdzenia spełniania warunku Zamawiający żąda dołączenia do oferty dokumentu potwierdzającego profil działalności oraz status jednostki badawczej, tj. np. decyzji, uchwały, zarządzenia o powołaniu jednostki badawczej

podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania Wykonawcy/

Wykonawców występujących wspólnie

(miejscowość, data)