Załącznik Nr 1 do zapytania ofertowego

*Nazwa Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………*

**WYKAZ OSÓB**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest prowadzenie indywidualnej konsultacji na terenie Trójmiasta przez lekarza psychiatrę, dzieci i młodzieży do 18 roku życia, wskazanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni,przedstawiam/-my wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wykonywany zawód | **Nazwisko i imię** | **Informacja dotycząca wykształcenia -**  Należy podać nazwę uczelni oraz datę (m-c, -rok) ukończonej uczelni | **Data uzyskania prawa do wykonywania zawodu lekarza psychiatry**  (należy podać m-c oraz rok) | **Informacja dotycząca posiadanego doświadczenia w leczeniu psychiatrycznym dzieci i młodzieży**  Należy podaćmiejsce nabycia doświadczenia, okres zatrudnienia (m-c, rok rozpoczęcia i m-c, rok ewentualnego zakończenia) |
| *1* | *2* | *3* |  |  |
| Lekarz Psychiatra |  |  |  |  |

Oświadczam/-my, że ww. osoby skierowane do realizacji zamówienia publicznego posiadają wymagane kwalifikacje.

……………………………………

*miejscowość, data*

………….………………………………………………………………

*czytelny podpis (imię i nazwisko) lub podpis*

*lub osoby/osób*

*właściwie do tego upoważnionej/upoważnionych*