Załącznik nr 6 do SWZ

**Zamawiający: Miejski** Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia

[www.mopsgdynia.pl](http://www.mopsgdynia.pl)

**Wykonawca:** …………………..……………………………………………………………………………………………………….………………………….…

*(pełna nazwa / imię i nazwisko / adres)*

#### WYKAZ OSÓB

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego odpowiedzialnych za świadczenie usług składany na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest prowadzenie sesji terapii indywidualnej z uwzględnieniem terapii traumy dla dzieci i młodzieży wywodzących się z rodzin zagrożonych przemocą i uzależnieniem od alkoholu wskazanych przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Informacja dot. wykształcenia**  Należy podać:   1. Kierunek ukończonych studiów magisterskich 2. Nazwa uczelni 3. Data zakończenia studiów, | **Szkolenie podyplomowe w zakresie psychotraumatologii**  Należy podać:   1. Nazwa jednostki szkolącej, 2. Nazwa szkolenia, 3. Data rozpoczęcia szkolenia 4. Data zakończenia szkolenia | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[1]](#footnote-1)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1.** |  | **1………………………**  **2………………………**  **3………………………** | **1………………………..**  **2……………………….**  **3……………………….**  **4……………………….** |  |

1. Należy wpisać właściwą podstawę dysponowania wskazaną osobą np.: dysponowanie bezpośrednie – zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, umowa o dzieło, umowa zlecenie lub dysponowanie pośrednie – w postaci zasobu innego podmiotu. W przypadku dysponowania pośredniego do oferty należy dołączyć pisemne zobowiązanie tych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do SWZ. [↑](#footnote-ref-1)