**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Składany na wezwanie Zamawiającego**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**  |

Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji pn:

**USŁUGA PRZEPROWADZENIA KURSU PODSTAWOWEGO ODA**

znak sprawy: DZP.371.47.2023,

oświadczamy, że wskazane osoby skierowane do realizacji zamówienia publicznegoposiadają kwalifikacje określone w punkcie 1.4) Rozdział XIV SWZ, niezbędne do należytego wykonania przedmiotu zamówienia,
w tym:

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  | **Informacja o podstawie dysponowania wskazanym trenerem** |
|  |  |
| **Rodzaj wykształcenia wyższego medyczne lekarskie i/lub psychologiczne (mgr psychologii):** | Rok ukończenia studiów ……….Uzyskany tytuł: ………………. |
| **Specjalizacja w dziedzinie psychiatrii i/lub psychiatrii dzieci i młodzieży i/lub psychologii klinicznej** | Rok uzyskania specjalizacji …….………….Specjalizacja w zakresie: ……………………… |
| **Posiada doświadczenie (rozumiane jako praca w placówkach medycznych) w dziedzinie psychiatrii i/lub psychiatrii dzieci i młodzieży i/lub psychologii klinicznej nie krótsze niż 4 lata (praca na stanowisku lekarza lub psychologa klinicznego)**  | Miejsce pracy………………………………..Okres zatrudnienia………………………………Stanowisko pracy ………………………………Miejsce pracy………………………………..Okres zatrudnienia………………………………Stanowisko pracy ………………………………… |
| **Prowadził(a)/współprowadził(a) co najmniej 2 kursy Otwartego Dialogu (co najmniej 80 godzin każdy kurs).** | **Tytuł kursu nr 1 ………………………………………………………………………..**Liczba godzin kursu: ………………………………………………………………………..Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny oraz zrealizowane cele kursu) : ………………………………………………………………………..Nazwa podmiotu dla którego realizowano kurs: ……………………………………………………**Tytuł kursu nr 2 ………………………………………………………………………..**Liczba godzin kursu: ………………………………………………………………………..Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny oraz zrealizowane cele kursu): ………………………………………………………………………..Nazwa podmiotu dla którego realizowano kurs: ………………………………………………………**…** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  | **Informacja o podstawie dysponowania wskazanym co-trenerem** |
|  |  |
| **Rodzaj wykształcenia wyższego medyczne lekarskie lub pielęgniarskie i/lub psychologiczne (mgr psychologii):** | Rok ukończenia studiów ……….Uzyskany tytuł: ………………. |
| **Specjalizacja w dziedzinie psychiatrii i/lub psychiatrii dzieci i młodzieży i/lub psychologii klinicznej lub pielęgniarstwa psychiatrycznego** | Rok uzyskania specjalizacji …….………….Specjalizacja w zakresie: ……………………… |
| **Posiada doświadczenie (rozumiane jako praca w placówkach medycznych) w dziedzinie psychiatrii i/lub psychiatrii dzieci i młodzieży i/lub psychologii klinicznej nie krótsze niż 4 lata (praca na stanowisku lekarza lub psychologa klinicznego lub pielęgniarki)** | Miejsce pracy………………………………..Okres zatrudnienia………………………………Stanowisko pracy ………………………………Miejsce pracy ………………………………..Okres zatrudnienia………………………………Stanowisko pracy ………………………………… |
| **Współprowadził(a) co najmniej 2 kursy Otwartego Dialogu (co najmniej 80 godzin każdy kurs).** | **Tytuł kursu nr 1** ………………………………………………………………………..Okres realizowanego kursu: ………………………………………………………………………..Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny oraz zrealizowane cele): ………………………………………………………………………..Nazwa podmiotu dla którego realizowano kurs: ……………………………………………………………**Tytuł kursu nr 2** ………………………………………………………………………..Okres realizowanego kursu: ………………………………………………………………………..Opis zrealizowanego kursu (zakres merytoryczny kursu oraz zrealizowane cele) : ………………………………………………………………………..Nazwa podmiotu dla którego realizowano kurs: …………………………………………………………… |
| **Posiada ukończony kurs Otwartego Dialogu (co najmniej 80 godzin).** | Data ukończenia kursu: …………………..Podmiot organizujący kurs: ………………….Liczba godzin kursu: ………………… |