**MCPS.ZP/KBCH/351-2-12/2020 Załącznik nr 7 do IWZ**

Wykaz osób uczestniczących w wykonywaniu zamówienia składany w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu.

**Dotyczy zadania 2 zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Min. 1 specjalista psycholog, posiadający:Dyplom ukończenia studiów wyższych magisterskich na kierunku psychologia zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026),  | TAK\*/NIE\* |
| Pełną zdolność do czynności prawnych, | TAK\*/NIE\* |
| Minimum roczne udokumentowane doświadczenie w pracy z dzieckiem i rodziną. | TAK\*/NIE\* |

 **\*** niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

**Dotyczy zadania 3 zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Min. 1 specjalista psycholog, posiadający:Dyplom ukończenia studiów wyższych magisterskich na kierunku psychologia zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026),  | TAK\*/NIE\* |
| Pełną zdolność do czynności prawnych, | TAK\*/NIE\* |
| Minimum roczne udokumentowane doświadczenie w pracy z dzieckiem i rodziną. | TAK\*/NIE\* |

**\*** niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

**Dotyczy zadania 4 zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Min. 1 specjalista psycholog, posiadający:Dyplom ukończenia studiów wyższych magisterskich na kierunku psychologia zgodnych z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz ustawą z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz. U. z 2019 r. poz. 1026),  | TAK\*/NIE\* |
| Pełną zdolność do czynności prawnych, | TAK\*/NIE\* |
| Minimum roczne udokumentowane doświadczenie w pracy z młodzieżą w zakresie rozwiązywania problemów | TAK\*/NIE\* |

**\*** niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**

**Dotyczy zadania 5 zamówienia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Imię i nazwisko trenera |  |
| Min. 1 osoba posiadającą co najmniej roczne doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia usług opieki nad dziećmi. | TAK\*/NIE\* |

**\*** niewłaściwe skreślić

**……………….…………………………………………………. ……………………………………………………………………….**

 **(miejscowość, data) (podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)**