**Załącznik nr 3 do SWZ**

**Nazwa i adres Wykonawcy:**

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

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA PERSONELU WYKONAWCY**

w postępowaniu pn.: ***Usługi i świadczenia zdrowotne realizowane w ramach projektu***

*„****Po zdrowie razem – wdrożenie modelu i uruchomienie Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży dla Ochoty, Śródmieścia i Ursusa***

*Wykonawca wypełnia Tabele na te Części, na które składa ofertę:*

**CZĘŚĆ 1 - Zespół Koordynacji – Pracownik Infolinii - Psycholog 1**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 1) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 1) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w prowadzeniu rozmowy telefonicznej lub online (czat) w sytuacji kryzysowej”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 1) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na prowadzeniu rozmów telefonicznych lub online (czat) w sytuacjach kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 2 - Zespół Koordynacji – Pracownik Infolinii - Psycholog 2**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 1) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 1) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w prowadzeniu rozmowy telefonicznej lub online (czat) w sytuacji kryzysowej”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 1) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na prowadzeniu rozmów telefonicznych lub online (czat) w sytuacjach kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 3 - Zespół Koordynacji – Pracownik Infolinii - Psycholog 3**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 1) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 1) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w prowadzeniu rozmowy telefonicznej lub online (czat) w sytuacji kryzysowej”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 1) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na prowadzeniu rozmów telefonicznych lub online (czat) w sytuacjach kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 4 - Zespół Koordynacji – Pracownik Infolinii - Psycholog 4**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 1) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 1) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w prowadzeniu rozmowy telefonicznej lub online (czat) w sytuacji kryzysowej”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 1) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na prowadzeniu rozmów telefonicznych lub online (czat) w sytuacjach kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 5 - Zespół Diagnostyczny – Specjalista Śródmieście 1 (4 pacjentów w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 2) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Typ testu / testów psychometrycznego / psychometrycznych do wykonywania których osoba skierowanej do realizacji zamówienia posiada uprawienia** | **Podmiot, który nadał uprawnienia do wykonywania testów psychometrycznych** | **Data zdobycia uprawnień**  |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 6 - Zespół Diagnostyczny – Specjalista Śródmieście 2 (4 pacjentów w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 2) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Typ testu / testów psychometrycznego / psychometrycznych do wykonywania których osoba skierowanej do realizacji zamówienia posiada uprawienia** | **Podmiot, który nadał uprawnienia do wykonywania testów psychometrycznych** | **Data zdobycia uprawnień**  |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 7 - Zespół Diagnostyczny – Specjalista Śródmieście 3 (3 pacjentów w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 2) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Typ testu / testów psychometrycznego / psychometrycznych do wykonywania których osoba skierowanej do realizacji zamówienia posiada uprawienia** | **Podmiot, który nadał uprawnienia do wykonywania testów psychometrycznych** | **Data zdobycia uprawnień**  |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 8 - Zespół Diagnostyczny – Specjalista Śródmieście 4 (1,5 pacjenta w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 2) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Typ testu / testów psychometrycznego / psychometrycznych do wykonywania których osoba skierowanej do realizacji zamówienia posiada uprawienia** | **Podmiot, który nadał uprawnienia do wykonywania testów psychometrycznych** | **Data zdobycia uprawnień**  |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 9 - Zespół Diagnostyczny – Specjalista Ochota 1 (4 pacjentów w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 2) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Typ testu / testów psychometrycznego / psychometrycznych do wykonywania których osoba skierowanej do realizacji zamówienia posiada uprawienia** | **Podmiot, który nadał uprawnienia do wykonywania testów psychometrycznych** | **Data zdobycia uprawnień**  |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 10 - Zespół Diagnostyczny – Specjalista Ochota 2 (4 pacjentów w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 2) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Typ testu / testów psychometrycznego / psychometrycznych do wykonywania których osoba skierowanej do realizacji zamówienia posiada uprawienia** | **Podmiot, który nadał uprawnienia do wykonywania testów psychometrycznych** | **Data zdobycia uprawnień**  |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 11 - Zespół Diagnostyczny – Specjalista Ursus 1 (4,5 pacjentów w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 2) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Posiadanie uprawnień do wykonywania testów psychometrycznych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 2) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Typ testu / testów psychometrycznego / psychometrycznych do wykonywania których osoba skierowanej do realizacji zamówienia posiada uprawienia** | **Podmiot, który nadał uprawnienia do wykonywania testów psychometrycznych** | **Data zdobycia uprawnień**  |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 1 – 11 - więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 12 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 1 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 13 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 2 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 14 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 3 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 15 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 4 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 16 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 5 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 17 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 6 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 18 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 7 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 19 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 8 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 20 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 9 (6 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 21 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 10 (6 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 22 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Śródmieście 11 (8 terapii)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 23 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ochota 1 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 24 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ochota 2 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 25 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ochota 3 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 26 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ochota 4 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 27 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ochota 5 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 28 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ochota 6 (6 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 29 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ochota 7 (24 terapie)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 30 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ursus 1 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 31 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ursus 2 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 32 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ursus 3 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 33 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta indywidualny Ursus 4 (5 pacjentów tygodniowo)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 34 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny Śródmieście 1 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 35 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 2 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 36 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 3 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 37 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 4 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 38 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 5 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 39 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 6 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 40 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 7 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 41 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 8 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 42 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 9 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 43 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 10 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 44 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 11 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 45 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Śródmieście 12 (6 terapii rodzinnych w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 46 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Ochota 1 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 47 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Ochota 2 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 48 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Ochota 3 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 49 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Ochota 4 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 50 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Ochota 5 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 51 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Ochota 6 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 52 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Ochota 7 (3 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 53 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny - Ochota 8 (3 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 54 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny – Ursus 1 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 55 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny – Ursus 2 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 56 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny – Ursus 3 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 57 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny – Ursus 4 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 58 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta rodzinny – Ursus 5 (4 terapie rodzinne w miesiącu)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 59 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy - Śródmieście 1 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 60 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy - Śródmieście 2 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 61 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy - Śródmieście 3 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 62 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy - Śródmieście 4 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 63 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy - Śródmieście 5 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 64 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy - Śródmieście 6 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 65 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ochota 1 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 66 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ochota 2 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 67 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ochota 3 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 68 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ochota 4 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 69 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ochota 5 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 70 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ochota 6 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 71 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ursus 1 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 72 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ursus 2 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 73 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ursus 3 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 74 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ursus 4 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 75 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ursus 5 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 76 - Zespół Psychoterapeutyczny – Terapeuta grupowy – Ursus 6 (6 grup)**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 12 – 76 - więcej niż trzech części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 77 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Śródmieście 1**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 78 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Śródmieście 2**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 79 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Śródmieście 3**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 80 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Śródmieście 4**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 81 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Śródmieście 5**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 82 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Ochota 1**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 83 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Ochota 2**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 84 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Ochota 3**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 85 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Ursus 1**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 86 - Zespół Psychoterapeutyczny – Wsparcie psychospołeczne – Psycholog Ursus 2**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Uznanie dorobku przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży/tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży lub certyfikat psychoterapeuty”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 3) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(wpisać właściwe: uznany dorobek naukowy lub zawodowy przez Ministerstwo Zdrowia w psychoterapii dzieci i młodzieży /******tytuł specjalisty psychoterapii dzieci i młodzieży /*** ***certyfikat psychoterapeuty)*** | **Podmiot, który wydał decyzję/ dyplom/ certyfikat**  | **Data wydania decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  | **Numer decyzji/ dyplomu/ certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 77 – 86 - więcej niż dwóch części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 87 - Zespół Psychoterapeutyczny – Superwizja – Psycholog Śródmieście**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Certyfikat PTP”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 4) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(w tym wskazać:*** ***certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychologicznego)*** | **Podmiot, który wydał certyfikat**  | **Data wydania certyfikatu**  | **Numer certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ 88 - Zespół Psychoterapeutyczny – Superwizja – Psycholog Ochota**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Certyfikat PTP”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 4) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(w tym wskazać:*** ***certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychologicznego)*** | **Podmiot, który wydał certyfikat**  | **Data wydania certyfikatu**  | **Numer certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ 89 - Zespół Psychoterapeutyczny – Superwizja – Psycholog Ursus**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 3) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert****„Certyfikat PTP”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 4) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie** ***(w tym wskazać:*** ***certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychologicznego)*** | **Podmiot, który wydał certyfikat**  | **Data wydania certyfikatu**  | **Numer certyfikatu**  |
| **1.**  |  |  |  |  |  |

**\* proszę wpisać**

**CZĘŚĆ 103 - Zespół Pierwszego Kontaktu – Specjalista 1**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w obszarze interwencji kryzysowych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 6) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na pracy z dziećmi, młodzieżą oraz rodziną w obszarze interwencji kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 103 – 108 – więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 104 - Zespół Pierwszego Kontaktu – Specjalista 2**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w obszarze interwencji kryzysowych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 6) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na pracy z dziećmi, młodzieżą oraz rodziną w obszarze interwencji kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 103 – 108 – więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 105 - Zespół Pierwszego Kontaktu – Specjalista 3**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w obszarze interwencji kryzysowych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 6) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na pracy z dziećmi, młodzieżą oraz rodziną w obszarze interwencji kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 103 – 108 – więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 106 - Zespół Pierwszego Kontaktu – Specjalista 4**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w obszarze interwencji kryzysowych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 6) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na pracy z dziećmi, młodzieżą oraz rodziną w obszarze interwencji kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 103 – 108 – więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 107 - Zespół Pierwszego Kontaktu – Specjalista 5**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w obszarze interwencji kryzysowych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 6) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na pracy z dziećmi, młodzieżą oraz rodziną w obszarze interwencji kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 103 – 108 – więcej niż jednej części zamówienia.**

**CZĘŚĆ 108 - Zespół Pierwszego Kontaktu – Specjalista 6**

|  |
| --- |
| **Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu** \* |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe,****uprawnienia, wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia publicznego****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. a. SWZ)** | **Doświadczenie zawodowe****(zgodnie z rozdz. IV ust. 5 pkt 9) ppkt 1. lit. b. SWZ)** | **Wykonawca wykazuje swój potencjał\*/ polega na podmiocie udostępniającym zasoby)****\*Podstawa dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |
| **Celem otrzymania punktów w Kryterium oceny ofert** **„Doświadczenie w obszarze interwencji kryzysowych”****(zgodnie z rozdz. XIV pkt 1. ppkt 6) lit. B SWZ)** |
|  | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Opis usługi polegającej na pracy z dziećmi, młodzieżą oraz rodziną w obszarze interwencji kryzysowych** | **Podmiot na rzecz którego usługa była wykonywana** | **Czas realizacji usługi** **(ilość dni/miesięcy)** |
| **1.** |  |  |  |  |

**Zgodnie z rozdz. II pkt 5 SWZ: Zamawiający zastrzega, że ta sama osoba nie może być skierowana do realizacji w tym samym czasie w CZĘŚCI 103 – 108 – więcej niż jednej części zamówienia.**

…………………………………………………………………..

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji w formie elektronicznej (kwalifikowany)*