Załącznik nr 3A do Zapytania ofertowego i zał. do umowy

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

(Zarejestrowana nazwa Wykonawcy, lub imię i nazwisko)

Reprezentowany przez: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………....

 (imię i nazwisko, stanowisko, podstawa do reprezentowania)

Dotyczy: postępowanie o udzielenie zamówienia pod nazwą: **Usługa wsparcia psychologicznego, terapii indywidualnej i/lub grupowej oraz diagnozy psychologiczno-pedagogicznej dla uczestników Ośrodka Szkolenia i Wychowania OHP (OSiW) w Mysłakowicach w okresie od podpisania umowy do 10.12.2024 r.**

**Wykaz osób skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

**na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w postępowaniu**

Oświadczam, że do realizacji niniejszego zamówienia, w celu potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w punkcie 2.4 w Zapytaniu ofertowym, skieruję następujące osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie**Informacja szczegółowa z podaniem: nazwa i siedziba uczelni, nazwa kierunku studiów, tytuł zawodowy i data jego uzyskania, oraz data wydania dyplomu: | **Doświadczenie zawodowe w pracy psychologa** | **Doświadczenie zawodowe w prowadzeniu diagnoz psychologicznych** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami (umowa o pracę, umowa zlecenie, samozatrudnienie, inne - wymienić)** |
| 1 |  | Nazwa i siedziba uczelni:……………………………………………………………………….., Nazwa kierunku studiów/studiów podyplomowych:………………………………………………………………………… Tytuł zawodowy i data jego uzyskania, w tym kursy/szkolenia z zakresu psychoterapii lub terapii i data ich zakończenia:………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | Posiada łączne doświadczenie w zakresie wsparcia psychologicznego i terapii młodzieży (w wieku powyżej 14 roku życia), liczone od daty uzyskania tytułu magistra psychologii, lub daty ukończenia studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii lub terapii, lub daty ukończenia kursu/szkolenia długoterminowego z zakresu psychoterapii lub terapii (w latach/miesiącach) …………………………..……, ………………………………… | Posiada łączne doświadczenie w prowadzeniu testów psychologicznych, liczone od daty uzyskania tytułu magistra psychologii lub daty ukończenia studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii lub terapii, lub daty ukończenia kursu/szkolenia długoterminowego z zakresu psychoterapii lub terapii (w latach/miesiącach) ……………………………..………………………………….. |  |
| **2** |  | Nazwa i siedziba uczelni:……………………………………………………………………….., Nazwa kierunku studiów/studiów podyplomowych:………………………………………………………………………… Tytuł zawodowy i data jego uzyskania, w tym kursy/szkolenia z zakresu psychoterapii lub terapii i data ich zakończenia:………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | Posiada łączne doświadczenie w zakresie wsparcia psychologicznego i terapii młodzieży (w wieku powyżej 14 roku życia), liczone od daty uzyskania tytułu magistra psychologii, lub daty ukończenia studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii lub terapii, lub daty ukończenia kursu/szkolenia długoterminowego z zakresu psychoterapii lub terapii (w latach/miesiącach) …………………………..……, ………………………………… | Posiada łączne doświadczenie w prowadzeniu testów psychologicznych, liczone od daty uzyskania tytułu magistra psychologii lub daty ukończenia studiów podyplomowych z zakresu psychoterapii lub terapii, lub daty ukończenia kursu/szkolenia długoterminowego z zakresu psychoterapii lub terapii (w latach/miesiącach) ……………………………..………………………………….. |  |

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji, oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 kodeksu karnego.