**ZAŁĄCZNIK NR 4**

DO ZAMÓWIENIA

NR IBE/790/2023

**WYKAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW, O KTÓRYM MOWA W PKT. 3 OGŁOSZENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** osoby skierowanej do realizacji zamówienia | **Cześć zamówienia do której jest skierowana osoba** | **Podstawa do dysponowania** (rodzaj umowy) |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |

W postępowaniu może wziąć udział osoba fizyczna lub podmiot dysponujący osobą fizyczną, która spełnia poniższe warunki zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Wymagania w zakresie doświadczenia:**  * dysponuje osobą, która posiada co najmniej 3 letnie doświadczenie zawodowe w zakresie psychiatrii dzieci i młodzieży (**część I zamówienia**) lub w zakresie psychiatrii osób dorosłych (**część II zamówienia**) | | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** osoby skierowanej do realizacji zamówienia | **Pracodawca** (pełna nazwa, adres) | **Zakres doświadczenia zawodowego** – potwierdzający spełnianie warunku | **Okres zatrudnienia**  (od –do) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**.......................................................................................** *(miejscowość, data)*

**......................................................................................**

*(imię, nazwisko, stanowisko, pieczątka firmowa, podpis osoby lub osób*

*uprawnionych* *do reprezentowania Wykonawcy, który wykonał podane usługi)*