**ZAŁĄCZNIK NR 4**

DO ZAMÓWIENIA

NR IBE/35/2024

**WYKAZ SPEŁNIANIA KRYTERIÓW, O KTÓRYM MOWA W PKT. 4 2. OGŁOSZENIA**

**Część I zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Doświadczenie zawodowe po uzyskaniu certyfikatu psychoterapeuty – max 30 pkt. – 30%. Doświadczenie zawodowe nie może pokrywać się z tym które zostało wykazane przez Wykonawcę na spełnianie warunku zamówienia. Oferent udokumentuje doświadczenie zawodowe po uzyskaniu ww. certyfikatu. | | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** osoby skierowanej do realizacji zamówienia | **Pracodawca** (pełna nazwa, adres) | **Zakres doświadczenia zawodowego** – potwierdzający spełnianie kryterium | **Okres zatrudnienia**  (od –do) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**Część II zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Doświadczenie zawodowe po uzyskaniu certyfikatu psychoterapeuty – max 30 pkt. – 30%. Doświadczenie zawodowe nie może pokrywać się z tym które zostało wykazane przez Wykonawcę na spełnianie warunku zamówienia. Oferent udokumentuje doświadczenie zawodowe po uzyskaniu ww. certyfikatu. | | | | |
| Lp. | **Imię i nazwisko** osoby skierowanej do realizacji zamówienia | **Pracodawca** (pełna nazwa, adres) | **Zakres doświadczenia zawodowego** – potwierdzający spełnianie kryterium | **Okres zatrudnienia**  (od –do) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

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

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

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

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