**ZAŁĄCZNIK NR 4**

DO ZAMÓWIENIA

NR IBE/35/2024

**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** |  |  |  |

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

**Część I zamówienia:**

|  |
| --- |
| 1. Wymagania w zakresie doświadczenia osób realizujących zamówienie:
* doświadczenie zawodowe - min. 3 letnie doświadczenie terapeutyczne w pracy **z dziećmi i młodzieżą.**
 |
| 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 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

**Część II zamówienia:**

|  |
| --- |
| 1. Wymagania w zakresie doświadczenia osób realizujących zamówienie:
* doświadczenie zawodowe - min. 3 letnie doświadczenie terapeutyczne **w pracy z dorosłymi.**
 |
| 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 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

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

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

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

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