**ZAŁĄCZNIK NR 4**

**Do Zamówienia nr: IBE/86/2019**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Aktualne miejsce zatrudnienia Psychologa  |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |

Ja, niżej podpisany/na oświadczam, iż jestem zatrudniony/na w szkole jako psycholog szkolny lub w publicznych/niepublicznych ośrodkach oraz placówkach zajmujących się diagnozą i terapią dzieci ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi\*.

\*Niepotrzebne skreślić

**Do udziału w postępowaniu może przystąpić Psycholog/zespół Psychologów dysponujący poniższym doświadczeniem lub Podmiot, który dysponuje Psychologiem/zespołem Psychologów posiadającym poniższe doświadczenie, którzy spełniają następujący warunek:**

**WYKAZ SPEŁNIANIA WARUNKÓW, O KTÓRYM MOWA W PKT. 3.2. OGŁOSZENIA**

|  |
| --- |
| Do udziału w postępowaniu może zgłosić się Wykonawca, który posiada minimum 3 lata doświadczenia w przeprowadzaniu diagnozy z udziałem dzieci w grupach SPE, których dotyczy badanie w okresie ostatnich 10 lat.  |
| **Lp.** | **Zleceniodawca****(pełna nazwa, adres)** | **Krótka informacja** **o zakresie przeprowadzanych diagnoz z udziałem dzieci w grupach SPE** | **Termin wykonania badania –** potwierdzający wypełnianie warunku **(od –do)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

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

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

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