**ZAŁĄCZNIK NR 4**

DO ZAMÓWIENIA

NR IBE/150/2024

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** osoby skierowanej do realizacji zamówienia | **Podstawa do dysponowania** (rodzaj umowy) |
| **1** |  |  |

W postępowaniu może wziąć udział osoba fizyczna lub Podmiot dysponujący osobą fizyczną , który spełnia każdy z poniższych warunków zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| - posiada 3 letnie doświadczenie zawodowe w pracy w przedszkolu lub poradni psychologiczno-pedagogicznej lub ośrodku diagnostyczno - terapeutycznym na stanowisku logopedy. | | | | |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** Eksperta | **Zlecający** (pełna nazwa, adres) | **Zakres doświadczenia zawodowego –** potwierdzający spełnianie warunku zamówienia | **Termin realizacji** (od-do) |
| 1 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

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

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

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

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