*Załącznik nr 4*

*do zapytania ofertowego nr ZO/1/ON/PEStka/2021*

**Wykaz osób**

**skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia**

1. **Kierownik szkolenia - informacje potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt 8. 2) a)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie** | **Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (numer i data)** |
|  |  |  |

**Opis doświadczenia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis doświadczenia**(pięcioletni staż pracy w opiece środowiskowej) | **Data wykonania** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana** |
|  | Stanowisko/rodzaj wykonywanej pracy**………………………………………………………………………………..** |  |  |
| **…** |  |  |  |

1. **Specjaliści terapii środowiskowej (minimum 2 osoby) - informacje potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w pkt 8. 2) b)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Imię i nazwisko** | **Certyfikat Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (numer i data)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

Miejscowość, data Podpis/y osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania wykonawcy

………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………..