Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego 02//2021/ASPE/FEO

Wykonawca:

Nazwa/ Imię i Nazwisko: ……………………………………………

Adres: ……………………………………………………………………….

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 02/2021/ASPE/FEO niniejszym przedkładam informacje dotyczące następującej osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia:

**I. WARUNEK UDZIAŁU W ZAPYTANIU:**

|  |
| --- |
| **Nr. części zamówienia:** |
|  |
| **Imię i nazwisko:** |
|  |
| **Podstawa dysponowania:** |
|  |
| **Wykształcenie** **(proszę wpisać kierunek/specjalizację ukończonych studiów; rok ukończenia nauki oraz nazwę uczelni):**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Dotyczy części 1 zamówienia.** |
| **Doświadczenie zawodowe (osoby skierowanej do wykonania zamówienia) w pracy jako radca prawny lub adwokat (min. 3 letnie w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert).** |
| Lp. | Okres zdobywania doświadczenia od-do w formacie dzień-miesiąc-rok | Miejsce zatrudnienia, wymiar etatu lub średniomiesięczna liczba godzin zatrudnienia, zajmowane stanowisko. |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

|  |
| --- |
| **Dotyczy części 2 - 5 zamówienia.** |
| **Doświadczenie zawodowe (osoby skierowanej do wykonania zamówienia) w pracy jako lekarz/lekarka, pielęgniarka/ pielęgniarz, ratownik /ratowniczka medyczna, fizjoterapeuta / fizjoterapeutka (w wymiarze min. ½ etatu)** **(min. 3 letnie w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert).** |
| Lp. | Okres zdobywania doświadczenia od-do w formacie dzień-miesiąc-rok | Miejsce zatrudnienia, wymiar etatu lub średniomiesięczna liczba godzin zatrudnienia, zajmowane stanowisko. |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

|  |
| --- |
| **Dotyczy części 6 zamówienia.** |
| **Doświadczenie zawodowe (osoby skierowanej do wykonania zamówienia) w zakresie pracy z osobami w kryzysie psychicznym jako: lekarz/lekarka, pielęgniarka/ pielęgniarz, ratownik /ratowniczka medyczna, psycholog/ psycholożka (w wymiarze min. ½ etatu) (min. 3 letnie w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert).** |
| Lp. | Okres zdobywania doświadczenia od-do w formacie dzień-miesiąc-rok | Miejsce zatrudnienia, wymiar etatu lub średniomiesięczna liczba godzin zatrudnienia, zajmowane stanowisko. |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

|  |
| --- |
| **Wiedza i doświadczenie (osoby skierowanej do wykonania zamówienia) w obszarze merytorycznym, którego dotyczy część zamówienia w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert:** |
| Lp. | Okres realizacji szkolenia lub wykładu/okres publikacji tekstu, nagrania audio/ filmu. | Tytuł szkolenia lub wykładu lub zakres tematyczny/tytuł publikacji/ nagrania i zakres tematyczny. | Liczba godzin szkolenia lub wykładu/liczba stron publikacji, długość nagrania audio lub filmu | Nazwa instytucji organizującej dane szkolenie lub wykład/ nazwa wydawcy lub link do publikacji elektronicznej (nagrania audio lub filmu) | Odbiorcy szkolenia/ publikacji lub nagrania |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |

**II. KRYTERIA OCENY OFERT:**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko:** |

|  |
| --- |
| **Wiedza i doświadczenie (osoby skierowanej do wykonania zamówienia) w obszarze merytorycznym, którego dotyczy część zamówienia w zakresie wykraczającym porad wymagane minimum w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert;** |
| Lp. | Okres realizacji szkolenia lub wykładu/okres publikacji tekstu, nagrania audio/ filmu. | Tytuł szkolenia lub wykładu lub zakres tematyczny/tytuł publikacji/ nagrania i zakres tematyczny. | Liczba godzin szkolenia lub wykładu/liczba stron publikacji, długość nagrania audio lub filmu | Nazwa instytucji organizującej dane szkolenie lub wykład/ nazwa wydawcy lub link do publikacji elektronicznej (nagrania audio lub filmu) | Odbiorcy szkolenia/ publikacji lub nagrania |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |

Data i Podpis
osoby/osób upoważnionej/ych do reprezentowania Wykonawcy

……..……………………………