**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Zamawiający:** Powiat Szczycieński

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Szczytnie

ul. Marii Konopnickiej 70, 12-100 Szczytno

………………………………………………………………………………

*pełna nazwa/firma i adres NIP/PESEL/ KRS/CEIDG*

reprezentowany przez:

……………………………………………………

*imię, nazwisko*

**WYKAZ OSÓB**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym z możliwością negocjacji

pn. **„Świadczenie usług terapeutycznych w ramach projektu pn. „Przyszłość pieczy zastępczej naszą motywacją na lepsze jutro rodziny i dziecka”**

oświadczam, że dysponuję lub będę dysponował osobami zdolnymi do wykonania zamówieni, tj:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Imię nazwisko | Kierunek studiów  tytuł, specjalizacja | Studia podyplomowe, kursy, szkolenia | Doświadczenie | Zakres czynności | Podstawa do dysponowania |
| **Część pierwsza** | | | | | | |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **Część druga** | | | | | | |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **Część trzecia** | | | | | | |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |

podpis osoby uprawnionej imieniu Wykonawcy