**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. **„Wsparcie psychologiczne dla uczestników projektu pn. „Przyszłość pieczy zastępczej naszą motywacją na lepsze jutro rodziny i dziecka”** oświadczam, że dysponuję lub będę dysponował nw. osobami:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Imię nazwisko | Kierunek studiów  tytuł, specjalizacja | Studia podyplomowe, kursy, egzaminy | Doświadczenie | Zakres czynności | Podstawa do dysponowania |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |

podpis osoby uprawnionej do składania   
oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)