**Załącznik nr 6 do SWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość i data)*

Nazwa Wykonawcy / imię i nazwisko Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………

adres: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

reprezentowany przez: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

**„Realizacja zajęć specjalistycznych przez logopedę/neurologopedę z dziećmi od chwili wykrycia niepełnosprawności lub zagrożenia niepełnosprawnością do podjęcia nauki w szkole w ramach zadań WOKRO”**

**dotyczy części ………….**

poniżej przedstawiam:

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko logopedy/**  **neurologopedy** | **Określenie posiadanych kwalifikacji zawodowych** | **Określenie posiadanego doświadczenia**  **(rozdział VI ust. 1 pkt 4 lit. b) SWZ)** | **Określenie posiadanego doświadczenia**  **(rozdział VI ust. 1 pkt 4 lit. c) SWZ)** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa dysponowania** |
| 1. |  |  | Przedmiot usługi i miejsce jej realizacji z opisem pozwalającym na ocenę spełnienia warunku udziału:  ……………………………………….  Zamawiający (nazwa podmiotu i adres, na rzecz którego usługa ta została wykonana):  ……………………………………….  Data wykonania (data rozpoczęcia [dd/mm/rr] – data zakończenia [dd/mm/rr]):  ………………………………………. | Przedmiot usługi i miejsce jej realizacji z opisem pozwalającym na ocenę spełnienia warunku udziału:  …………………………………..  Zamawiający (nazwa i adres podmiotu, na rzecz którego usługa ta została wykonana):  …………………………………..  Liczba godzin prowadzenia terapii przez logopedę/neurologopedę z dzieckiem od urodzenia do podjęcia nauki w szkole:  ………………………………… |  |  |

…………………………………………………………