**Nr postępowania: CUS.OR.341.4.2026**

**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**Świadczenie usług konsultacji psychologicznych**

Dane dotyczące Wykonawcy / Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia:

Nazwa …....................................................................................................................................

Adres ……..................................................................................................................................

Oświadczam, że posiadam zdolność zawodową w zakresie wskazanym w rozdz. VII ust. 1 pkt 4) SWZ:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby wskazanej do realizacji zamówienia | Opis posiadanych uprawnień  (zgodnie z wymaganiami określonymi w  Rozdziale VII ust. 1 pkt 4) SWZ.\* | Podstawa do dysponowania wskazanymi osobami1 |
| 1. |  | *- wykształcenie: …………………………….*  *- …… miesięcy / lat doświadczenia zawodowego w świadczeniu usług psychologicznych* |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

1 Należy uzupełnić np. umowa o pracę, umowa zlecenie, itp. Natomiast w przypadku, gdy wykonawca polega na wiedzy i doświadczeniu podmiotów lub osób trzecich należy wpisać „zobowiązanie do współpracy” i jednocześnie załączyć **zobowiązanie** tego podmiotu lub osoby do oddania wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia.

……………….…………………………………

*(podpis Wykonawcy)*

**Wykaz musi być podpisany przez osobę/osoby uprawnioną(ne) do reprezentowania Wykonawcy**