Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

Nr postępowania: **PCPR.UE.O.0320.14.2024 r.**

Pieczęć wykonawcy

Nazwa i adres oferenta/pieczęć

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | | |
|  | | |
| Doświadczenie w pracy logopedy, w tym pracy z dziećmi **(należy podać: pełną nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, liczbę lat pracy)** | | |
| **Pełna nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** |  | **Liczba lat pracy** |
|  |  |  |
| Doświadczenie w realizacji usług logopedycznych (**należy podać: pełną nazwę pracodawcy/zleceniodawcy, liczbę lat pracy)** | | |
| **Pełna nazwa pracodawcy/zleceniodawcy** |  | **Liczba lat pracy** |
|  |  |  |

**UWAGI:**

1. W toku realizacji zamówienia Zamawiający nie dopuszcza zmiany terapeuty z wyjątkiem sytuacji losowych. Wykonawca powinien zapewnić taką liczbę osób, aby w razie wypadków losowych był w stanie zrealizować umowę, osoby te powinny spełniać wymagania określone w zapytaniu ofertowym.
2. Na Wykonawcy spoczywa obowiązek zapewnienia takiej liczby osób, aby zagwarantować rzetelną i sprawną realizację przez cały okres trwania umowy (choroba, wypadek losowy).
3. Wymaga się złożenia wykazu osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia dla każdego logopedę osobno.
4. Do wykazu należy dołączyć dla wszystkich wykazanych osób skan/kopię dyplomu ukończenia studiów wyższych magisterskich, potwierdzających wymagane kwalifikacje wyszczególnione w rozdziale Warunki udziału w postępowaniu oraz opis sposobu dokonania oceny ich spełnienia, niniejszego zapytania ofertowego.

......................................................................................................

/Pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/

............................., dnia ............................ 2024 rok