*Załącznik Nr 3 do Zapytania ofertowego - wykaz osób*

**GOPS.261.3.2024**

**WYKONAWCA:**

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

Adres: .…………………………………………………………………...........................................................................................

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………………………………………………………………………………..………………….…………

*(imię, nazwisko)*

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia pn.: **„Wykonanie usług psychologicznych w ramach projektu pn.: "Polityka senioralna (EFS+)”"**

Wykonawca spełnia ten warunek jeżeli wykaże, że dysponuje osobą posiadającą:

- wykształcenie wyższe psychologiczne potwierdzone dyplomem;

- min. roczne doświadczenie zawodowe w prowadzeniu indywidualnych konsultacji psychologicznych w pracy z grupami osób starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Informacja o podstawie dysponowania daną osobą (np. umowa o dzieło, umowa o pracę) | Uprawnienie, kwalifikacje zawodowe, wykształcenie, | Doświadczenie ( rodzaj, okres trwania) |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024 r.

*(miejscowość)*

*.................................................................................*

*(pieczęć i podpis Wykonawcy   
lub Pełnomocnika)*