***Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego nr 07/NSZ/2025***

**WYKAZ USŁUG – część nr I Usługi psychiatryczne**

***UWAGA: oferty można składać na dowolną liczbę części zamówienia, czyli na jedną lub wszystkie.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana** | **Przedmiot usługi**  (zakres przedmiotowy usługi należyopisać w sposób pozwalający na jednoznaczną ocenę spełniania warunku) | **Data wykonania usługi w okresie ostatnich trzech lat**  **(od dd-mm-rrrrr do dd-mm-rrrr)** |
| **1** |  | **1.Usługa polegająca** na zorganizowaniu i prowadzeniu indywidualnego wsparcia/poradnictwa psychiatrycznego w wymiarze łącznym co najmniej 100 godzin w okresie ostatnich 3 lat (lub krótszym jeżeli okres działalności był krótszy).  **Wsparcie było skierowane do dzieci i/lub młodzieży związanych z doświadczeniem** trudnych przeżyć, przemocy, zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym, z grupy wysokiego ryzyka, z rodzin dysfunkcyjnych **w jednej z placówek:** placówkach opiekuńczo – wychowawczych lub młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i socjoterapeutycznych lub zakładach poprawczych lub schroniskach dla nieletnich lub ośrodkach kuratorskich lub prowadził wsparcie dla dzieci i/lub młodzieży w poradniach, szkołach, świetlicach lub gabinetach prywatnych.  **Wsparcie dotyczyło co najmniej jednego z następujących obszarów:** diagnostyka zaburzeń i problemów psychiatrycznych, opracowanie/zaproponowanie planu dalszego postepowania/leczenia/poradnictwa, zapewnienie lub przedstawienie możliwości dostępu do specjalistycznego poradnictwa/leczenia, praca nad zmianą negatywnych wzorców myślenia i zachowania oraz poszukiwanie ich źródeł w kontekście diagnozy psychiatrycznej.  **TAK/NIE\***  2. Opis usługi, o której mowa w pkt 1:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  3. Liczba godzin przeprowadzonej usługi, o której mowa w pkt 1: ………….….. |  |
| **2** |  |  |  |
|  | | **Łączna liczba godzin** |  |

**WYKAZ USŁUG – część nr II Usługi psychoterapeutyczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana** | **Przedmiot usługi**  (zakres przedmiotowy usługi należyopisać w sposób pozwalający na jednoznaczną ocenę spełniania warunku) | **Data wykonania usługi w okresie ostatnich trzech lat**  **(od dd-mm-rrrrr do dd-mm-rrrr)** |
| **1** |  | **1.Usługa polegająca na** zorganizowaniu i prowadzeniu indywidualnego wsparcia/ poradnictwa psychoterapeutycznego w wymiarze łącznym co najmniej 100 godzin w okresie ostatnich 3 lat (lub krótszym jeżeli okres działalności był krótszy).  **Wsparcie było skierowane do dzieci i/lub młodzieży związanych z doświadczeniem** trudnych przeżyć, przemocy, zagrożonych marginalizacją i wykluczeniem społecznym, z grupy wysokiego ryzyka, z rodzin dysfunkcyjnych **w jednej z placówek:** placówkach opiekuńczo – wychowawczych lub młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i socjoterapeutycznych lub zakładach poprawczych lub schroniskach dla nieletnich lub ośrodkach kuratorskich lub prowadził wsparcie dla dzieci i/lub młodzieży w poradniach, szkołach, świetlicach lub gabinetach prywatnych.  **Wsparcie dotyczyło** co najmniej jednego z następujących obszarów: nauka technik radzenia sobie z emocjami i stresem, w tym identyfikacja i przełamywanie negatywnych wzorców myślenia i zachowania, praca nad traumą, wzmocnienie poczucia własnej wartości i pewności siebie, rozwijanie samokontroli, samoświadomości, refleksyjności, kompetencji psycho-emocjonalnych.  : **TAK/NIE\***  2. Opis usługi, o której mowa w pkt 1:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  3. Liczba godzin przeprowadzonej usługi, o której mowa w pkt 1: ………….….. |  |
| **2** |  |  |  |
|  | | **Łączna liczba godzin** |  |

***Uwaga: do wykazu należy załączyć dowody potwierdzające, że wyszczególnione w wykazie usługi zostały wykonane należycie***

*\* niepotrzebne skreślić*

………………………..………… ………………………..…………………………

*(Miejscowość i data)* *(Podpis i pieczęcie Wykonawcy)*