Projekt pn. „Centrum wsparcia społecznego w powiecie lęborskim”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

Priorytet 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+)

Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne

w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027)

okres realizacji: 01.11.2024-31.08.2029

umowa nr FEPM.05.17-IZ.00-0041/24-00

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego

Nr 39.FEP.CWS.2025

**WYKAZ OSÓB, PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**Z PODANIEM ICH KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH**

W odpowiedzi na:

**ZAPYTANIE OFERTOWE nr 39.FEP.CWS.2025**

**PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:** usługa – specjalistyczne wsparcie – terapia i konsultacje biofeedback dla dzieci i młodzieży  
umieszczonych w pieczy zastępczej z terenu powiatu lęborskiego w ramach projektu pn. „Centrum wsparcia społecznego  
w powiecie lęborskim” w ramach umowy nr FEPM.05.17-IZ.00-0041/24-00 współfinansowanej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) Priorytet 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+) Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO:** | | |  | *WYMAGANIA:* |
| *Informacja o podstawie do dysponowania osobą:* | | | *usługa wykonywana osobiście / umowa cywilno-prawna / zatrudnienie / umowa wolontariacka / inne\** | *-* |
| *LP* | *Kryterium* | *Realizacja kryterium* | *Opis spełnienia kryterium* | *-* |
| 1. | spełnia wymagania określone w art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego | *(właściwe podkreślić):*  **spełnia / nie spełnia** | *-* | **-** |
| 2. | posiada wykształcenie wyższe na poziomie magisterskim na co najmniej jednym z kierunków: psychologia, logopedia, pedagogika, fizjoterapia lub terapia zajęciowa | *(właściwe podkreślić):*  **posiada / nie posiada\*** | *(nawa uczelni, kierunek, profil):* | ***kopię dyplomu należy dołączyć do oferty*** |
| 3.. | ukończyła studia podyplomowe z zakresu biofeedback, bądź skończyły kurs z zakresu biofeedback, zakończony egzaminem i uzyskaniem certyfikatu terapeuty biofeedback | *(właściwe podkreślić):*  **ukończyła /**  **nie ukończyła\*** | *(nawa uczelni, nazwa organizatora, szkolenia, organizacji wystawiającej certyfikat bądź informacji o* pracodawcy) | ***kopię dyplomu, zaświadczenia, decyzji, dokumentu należy dołączyć do oferty*** |
| 4. | posiada pełną zdolność do czynności prawnych i korzysta z pełni praw publicznych | *(właściwe podkreślić):*  **posiada / nie posiada\*** | *-* | *-* |
| 5. | nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe | *(właściwe podkreślić):*  **była skazana/**  **nie była skazana\*** | *-* | **należy dołączyć do oferty aktualne tj. nie starsze niż 3 m-ce zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego) lub**  **oświadczenie dotyczące osoby bezpośrednio wykonującej przedmiot zamówienia** |
| 6. | nie figuruje w bazie danych Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym | *(właściwe podkreślić):*  **figuruje / nie figuruje\*** | *(dane osoby wskazanej do realizacji przedmiotu zamówienia w celu weryfikacji przez Zamawiającego poprzez podanie:*  ***Imienia:***  ***Nazwiska:***  ***Nazwiska rodowego:***  ***Numeru PESEL:***  ***Daty urodzenia:***  ***Imienia ojca:***  ***Imienia matki:*** | **należy dołączyć do oferty aktualny, tj. nie starszy niż 3 m-ce wydruk informacji o osobach z Rejestru Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym z dostępem ograniczonym lub wpisać dane do weryfikacji przez Zamawiającego.** |

\* niepotrzebne skreślić

- można dołączyć referencje, świadectwa pracy, oświadczenia osób lub pracodawców (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).

**Oświadczamy, że posiadamy zobowiązanie podmiotu trzeciego** oddania do dyspozycji Wykonawcy swoich zasobów, umiejętności, kwalifikacji i doświadczenia na okres korzystania z nich podczas realizacji zamówienia (wypełnić jeżeli dotyczy): (imię i nazwisko osoby lub pełna nazwa podmiotu, NIP, adres):

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

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

**Oświadczam/y, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu:**

* + - * 1. posiadam/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania,
        2. posiadam/y niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję/my odpowiednim potencjałem technicznym,
        3. znajduję/my się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
        4. dysponuję/my osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.

**Oświadczam/y, że: wskazana/e osoba/y w ww. Wykazie osób, przewidzianych do realizacji zamówienia z podaniem ich kwalifikacji spełnia/ją łącznie następujące warunki:**

1. spełnia wymagania określone w art. 5 ust. 3 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
2. posiada wykształcenie wyższe na poziomie magisterskim na co najmniej jednym z kierunków: psychologia, logopedia, pedagogika, fizjoterapia lub terapia zajęciowa
3. ukończyła studia podyplomowe z zakresu biofeedback, bądź skończyły kurs II stopnia z zakresu biofeedback, zakończony egzaminem i uzyskaniem certyfikatu terapeuty biofeedback
4. posiada pełną zdolność do czynności prawnych i korzysta z pełni praw publicznych,
5. nie była skazana prawomocnym wyrokiem za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
6. nie figuruje w bazie danych rejestru sprawców przestępstw na tle seksualnym z dostępem ograniczonym.

Miejscowość i data: ....................................................................................................

***Podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania Wykonawcy:***

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