|  |
| --- |
| WYKAZ OSÓB |

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

*(dane Wykonawcy/Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia)*

W celu wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu **ZO/7/2023** pn. **„USŁUGI TŁUMACZENIA NA PJM 1 SPOTKANIA INTEGRACYJNEGO/DKF DLA CENTRUM KULTURY ZAMEK W POZNANIU”,** oświadczam/y, że dysponuję/emy:

1. **tłumaczami**, którzy biegle posługują się Polskim Językiem Migowym, posiadają udokumentowane uprawnienia, takie jak dyplom ukończenia studiów podyplomowych „Polski Język Migowy ze specjalizacją translatorską” na Wydziale Polonistyki Uniwersytetu Warszawskiego lub dyplom ukończenia pokrewnych studiów, lub rekomendację Stowarzyszenia Tłumaczy Polskiego Języka Migowego lub certyfikat T1 lub T2 Polskiego Związku Głuchych lub innej organizacji certyfikującej tłumaczy języka migowego lub inny równoważny certyfikat

**UWAGA!**

**W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA W/W WARUNKU, WYKONAWCA ZOBOWIĄZANY JEST DOŁĄCZYĆ DO OFERTY WYKAZ OSÓB WRAZ Z KOPIAMI DYPLOMU UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH „POLSKI JĘZYK MIGOWY” LUB INNEGO RÓWNOWAŻNEGO CERTYFIKATU.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LP.** | **IMIĘ I NAZWISKO****TŁUMACZA** | **UPRAWNIENIA / KWALIFIKACJE TŁUMACZA** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |
| **3.** |  |  |
| **…** |  |  |

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

 ***miejscowość, data***  ***Podpis Wykonawcy***

 (podpisy osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy/ów)