Załącznik nr 6 do SWZ

**Zamawiający: Miejski** Ośrodek Pomocy Społecznej w Gdyni

ul. Grabowo 2, 81-265 Gdynia

[www.mopsgdynia.pl](http://www.mopsgdynia.pl)

**Wykonawca:** …………………..……………………………………………………………………………………………………….………………………….…

*(pełna nazwa / imię i nazwisko / adres)*

#### WYKAZ OSÓB

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego odpowiedzialnych za świadczenie usług składany na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest prowadzenie indywidualnych konsultacji psychologicznych dla dzieci umieszczonych w rodzinnej pieczy zastępczej oraz prowadzenie grup wsparcia dla spokrewnionych i niezawodowych rodzin zastępczych.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Informacja dotycząca wykształcenia** | **Informacja dotycząca szkolenia w zakresie psychoterapii** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[1]](#footnote-1)** |
| **Należy podać:**   1. kierunek ukończonych studiów II stopnia (magisterskich) 2. nazwa uczelni, 3. data zakończenia studiów, | Należy podać:   1. nazwę jednostki szkolącej, 2. nazwę szkolenia, 3. datę rozpoczęcia szkolenia 4. datę zakończenia szkolenia |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **6** |
| **1.** |  | 1………………………..  2………………………..  3……………………….. | 1………………………..  2……………………….  3……………………….  4………………………. |  |

1. Należy wpisać właściwą podstawę dysponowania wskazaną osobą np.: dysponowanie bezpośrednie – zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, umowa o dzieło, umowa zlecenie lub dysponowanie pośrednie – w postaci zasobu innego podmiotu. W przypadku dysponowania pośredniego do oferty należy dołączyć pisemne zobowiązanie tych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia, którego wzór stanowi załącznik nr 4 do SWZ. [↑](#footnote-ref-1)