**Załącznik nr 3 do ZO**

**WYKAZ OSÓB**

Skierowanych do realizacji usług

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Wykaz wymaganych kwalifikacji osób wyznaczonych przez WYKONAWCĘ do realizacji zamówienia*** | ***Imię i Nazwisko osoby wyznaczonej do realizacji zamówienia*** | ***Zawód*** | ***Kwalifikacje zawodowe uzyskany tytuł specjalizacji*** | ***Podstawa dysponowania (umowa o pracę/zlecenia/inne)*** | ***Doświadczeniew wykonywaniu usług będących przedmiotem zamówienia przez okres min 2 lat - w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert*** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* |
| 1. | Psycholog lub psycholog posiadający niezbędne uprawnienia m.in. do wydawania orzeczeń kierowcom, osobom posiadającym broń lub ubiegającym się o posiadanie broni zg. z wymaganiami ZO |  |  |  |  |  |
| 2 | Psycholog do wykonywania badań u pacjentów ,w tym pacjentów z rehabilitacją kardiologiczną |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że ww. osoby nie są i nie były skazane prawomocnym wyrokiem w związku z wykonywanymi usługami psychologicznymi.

Na potwierdzenie powyższego załączam niżej wymienione dokumenty dotyczące kwalifikacji i doświadczenia ww. osób:

…………………………….

………………………………….

………………………………….

……………………………..

data i podpis Wykonawcy/Pełnomocnika