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 składany na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest

diagnoza i terapia psychologiczna dzieci z FASD, prowadzenie grup wsparcia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Nazwisko i imię** | **Informacja ma temat wykształcenia i kwalifikacji osób skierowanych do realizacji zamówienia [[1]](#footnote-1)** | **Informacja o podstawie do dysponowania osoba[[2]](#footnote-2)** |
| **Wykształcenie** | **Kierunek ukończenia studiów/kursów/szkoleń** |  |
| Należy podać:* + - 1. Kierunek ukończonych studiów II stopnia (magisterskie)
			2. nazwa uczelni
			3. data zakończenia studiów
 | Należy podać:1. Nazwa jednostki szkolącej
2. Nazwa szkolenia/kursu
3. data rozpoczęcia szkolenia/kursu
4. data zakończenia szkolenia/kursu
 |
| 1. |  |  |  |  |

1. **Należy wykazać wykształcenie i kwalifikacje w sposób potwierdzający spełnianie warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w Rozdziale 6 ust. 1 pkt,.1 SWZ** [↑](#footnote-ref-1)
2. 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-2)