…………………………..

Pieczęć Wykonawcy **Załącznik nr 5**

**WYKAZ OSÓB**

**KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**DLA OCENY SPEŁNIANIA WARUNKU UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Składając ofertę w postępowaniu pn.: „**Prowadzenie zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka - poprzez zajęcia ze specjalistami oraz udzielanie dodatkowych usług terapeutów, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów i innych specjalistów w celu realizacji zadań wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego w Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Pszczynie. Etap V.**” przedkładam/y poniższy wykaz osób dla celów potwierdzenia spełniania warunku udziału w postępowaniu, dotyczącego dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko**  **osoby, która będzie świadczyła czynności przewidziane w projekcie** | **Wykształcenie/kwalifikacje**  **(zgodnie z pkt V ogłoszenia)** | **Doświadczenie w wykonaniu czynności przewidzianych  w projekcie – minimum 50 godzin** | | **Podstawa do dysponowania**  **daną osobą** |
| **Tak** | **Nie** |
| **Część A - Logopeda** | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| **Część B - Psycholog** | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| **Część C - Pedagog** | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| **Część D– Fizjoterapeuta/Terapeuta SI** | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |
| **Część E– Tyflopedagog** | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |
| **Część F– Surdopedagog** | | | | | |
| 1. |  |  |  |  |  |

......................................., dnia ..................... ......................................................................

Podpis wraz z pieczęcią osoby uprawnionej

do reprezentowania Wykonawcy