**ZP.271.24.2023 Załącznik nr 5 do SWZ**

**Wykonawca:**

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

*(miejscowość, data)*

………………………………………. **Gmina Markowa**

*(pełna nazwa/firma, adres,* **Markowa 1399**

*w zależności od podmiotu:* **37 – 120 Markowa**

*NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

**dla usługi pn.: „****Prowadzenie specjalistycznych szkoleń oraz poradnictwa na potrzeby projektu „Świadomie bez przemocy” od stycznia do 31 marca 2024 roku”**

**Psycholog – zgodnie z Roz. V ust. 2 pkt. 4 ppkt. B lit. a) SWZ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Doświadczenie w realizacji usług** | | | | |
| **Nazwa usługi (zadania), rola w projekcie** | **Nazwa i adres Zamawiającego usługę** | **Daty realizacji usługi** | **Okres pełnienia funkcji w usłudze (organizowanie, realizacja)** | **Dofinansowanie z programów zewnętrznych (program, oś priorytetowa)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Osoby przewidziane do realizacji zamówienia – zgodnie z Rozdz. V ust. 2 pkt. 4 ppkt B lit. b - c) SWZ:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres usługi** | **Posiadane wykształcenie**  **kierunkowe** | **Podstawa dysponowania osobą** | **Doświadczenie - 3 lata we wskazanym zakresie** | |
| **Nazwa zadania, nazwa i adres Zamawiającego, rola w projekcie** | **Termin realizacji** |
|  |  | **Porady psychologiczne** |  |  |  |  |
|  |  | **Porady psychologiczne dla dzieci i młodzieży** |  |  |  |  |
|  |  | **Terapeuta / psychoterapeuta** |  |  |  |  |

……………………………………………………

(pieczątki imienne i podpisy osób

uprawnionych do reprezentowania)