**ZP.271.24.2023 Załącznik nr 9 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 DO OCENY OFERTY W KRYTERIUM DOŚWIADCZENIE PERSONELU**

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

**Psycholog**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Doświadczenie w realizacji usług zgodnie z warunkami SWZ wskazanymi do kryterium oceny ofert** |
| **Nazwa usługi (zadania), rola w projekcie** | **Nazwa i adres Zamawiającego usługę** | **Zakres usługi** | **Daty realizacji usługi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 ……………………………………………………

 (pieczątki imienne i podpisy osób

uprawnionych do reprezentowania)