

Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego

nr GOPS.5131.EFS2.09.2021 DK

Wykaz osób skierowanych do wykonywania zamówienia

Wykonawca:

.....

.....
(imię i nazwisko / pełna nazwa firmy/, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**WYKAZ OSÓB
skierowanych przez Wykonawcę do świadczenia usług wsparcia psychologicznego**

Składając ofertę w przedmiotowym zapytaniu ofertowym oświadczam, że do wykonania przedmiotu zamówienia, tj. świadczenia usługi wsparcia psychologicznego związanego z następstwami COVID-19 wskazuję nw. osobę posiadającą wymagane wykształcenie i doświadczenie zawodowe.

Imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usług wsparcia psychologicznego	Wykształcenie osoby wskazanej do świadczenia wsparcia psychologicznego	Doświadczenie zawodowe osoby wskazanej do świadczenia wsparcia psychologicznego	Stosunek Wykonawcy do dysponowania osobą (wybrać właściwe: „aktualnie dysponuję” lub „będę dysponować”)
			dysponowanie bezpośrednie (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) ⁱ będę dysponować – dysponowanie pośrednie

.....
(nazwa i adres wykonawcy lub pieczęć firmowa)

.....
(podpis osoby uprawnionej)

.....dnia r.

ⁱ Wybrać właściwe