

.....
.....
Wykonawcy – nazwa/imię nazwisko, adres

Oświadczenie o kwalifikacjach

dotyczy zapytania ofertowego na usługi społeczne zadań wynikających z programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za Życiem” na rzecz Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Lęborku pełniącej funkcję wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego.

Niniejszym oświadczam, że spełniam warunki odnośnie kwalifikacji do udziału w postępowaniu, określone w pkt. 5 zapytania ofertowego.

Na żądanie Zamawiającego **zobowiązuję się do przedłożenia dokumentów potwierdzających poniższe kwalifikacje. Zamawiający dopuszcza złożenie dokumentów (w formie kserokopii) wraz z ofertą.**

część I Pedagog:

Lp.	Imię i Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (<i>wykształcenie</i>)	Studia podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny Kurs doskonalący	Doświadczenie zawodowe w pracy z małym dzieckiem (<i>lata pracy</i>) <i>min. 1 rok</i>
1				

..... dnia

.....
(Podpis upoważnionego(ych) przedstawiciela(i) Wykonawcy)

część II Psycholog:

Lp.	Imię i Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (<i>wykształcenie</i>)	Studia podyplomowe	Doświadczenie zawodowe w pracy z małym dzieckiem (<i>lata pracy</i>) <i>min. 1 rok</i>
1				

..... dnia

.....
(Podpis upoważnionego(ych) przedstawiciela(i)
Wykonawcy)

część III Fizjoterapeuta:

Lp.	Imię i Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (<i>wykształcenie</i>)	Studia podyplomowe	Kurs doskonalący lub kwalifikacyjny	Doświadczenie zawodowe w pracy z małym dzieckiem (<i>lata pracy</i>) <i>min. 2 lata</i>
1					

--	--	--	--	--	--

..... dnia

.....

(Podpis upoważnionego(ych) przedstawiciela(i) Wykonawcy)

część IV Logopeda:

Lp.	Imię i Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (wykształcenie)	Kurs doskonalący lub kwalifikacyjny	Doświadczenie zawodowe w pracy z małym dzieckiem (lata pracy) min. 2 lata
1				

..... dnia

.....

(Podpis upoważnionego(ych) przedstawiciela(i) Wykonawcy)

część V Neurologopeda:

Lp.	Imię i Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (<i>wykształcenie</i>)	Kurs doskonalący	Doświadczenie zawodowe w pracy z małym dzieckiem (<i>lata pracy</i>) <i>min. 3 lata</i>
1				

..... dnia

.....

(Podpis upoważnionego(ych) przedstawiciela(i) Wykonawcy)

część VI Terapeuta SI:

Lp.	Imię i Nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (<i>wykształcenie</i>)	Kurs doskonalący	Doświadczenie zawodowe w pracy z małym dzieckiem (<i>lata pracy</i>) <i>min. 2 lata</i>
1				

--	--	--	--	--

..... dnia

.....

(Podpis upoważnionego(ych) przedstawiciela(i) Wykonawcy)