

Załącznik nr 3 do ZO-10/22/BD

Dotyczy: prowadzenia spotkań superwizyjnych dla Zespołu Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym

1. **WYKAZ OSÓB**

w imieniu:

……………………………………………………………………..................................................................................

………………………………………………………………...............................................................................................

*pełna nazwa/firma Wykonawcy, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG*

Przedstawiam następujący wykaz osób, które uczestniczyć będą w wykonywaniu zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **dotyczy: warunków udziału w postępowaniu** | | 1. **dotyczy: kryterium oceny ofert tj.**   **„Doświadczenie osób skierowanych do realizacji zadania”** |
| Lp. | Imię i nazwisko osoby/osób | Rodzaj posiadanego doświadczenia | Potwierdzenie posiadania min. 3-letniego doświadczenia **(TAK/NIE)** |
|  |  | 1. doświadczenie (w latach) w zakresie realizacji superwizji grupowych dla osób pracujących w obszarze pomocy psychologicznej |  | □ powyżej 3 do 5 lat  □ powyżej 5 lat  X – *odpowiednio wpisać* |
|  |
| 1. doświadczenie (ilość grup) w zakresie realizacji superwizji grupowych z wykorzystaniem PSR/TSR |  | □ 2-3 grup  □ 4 lub więcej grup  X – *odpowiednio wpisać* |
| 1. doświadczenie (ilość grup) w zakresie realizacji superwizji grupowych dla osób prowadzących poradnictwo przez telefon |  | □ 2-3 grup  □ 4 lub więcej grup  X – *odpowiednio wpisać* |

**Wykaz w zakresie kryterium oceny ofert nie podlega uzupełnieniu. Brak wypełnionego wykazu osób w zakresie kryterium oceny ofert skutkować będzie przyznaniem przez Zamawiającego 0 pkt.**

……………………………….. ……………………………………..

*miejscowość, data, podpis i pieczątka imienna*

*pieczęć firmowa wykonawcy osoby upoważnionej*