***– Część nr 15 –***

***Terapia sensoryczna – Terapeuta w zakresie terapii ręki***

|  |
| --- |
| Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia |

Oświadczam, że przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia pn.:

***„Świadczenie usług polegających na prowadzeniu zajęć wczesnego wspomagania rozwoju dziecka oraz – w zależności od potrzeb dziecka – dodatkowych usług terapeutów, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów i innych specjalistów w celu realizacji zadań wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego
w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym w Barcicach”***

będą uczestniczyć następujące osoby – **dotyczy Części nr 15**:

| ***– Część nr 15 –******- TERAPEUTA W ZAKRESIE TERAPII RĘKI*** |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby uczestniczącej w realizacji zamówienia w niniejszej Części:*****Imię:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*****Nazwisko:*** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Podstawa dysponowania osobą**:\**(proszę zaznaczyć prawidłowe lub wykreślić niedotyczące)****Pracownik z zasobów własnych:**** **umowa o pracę**
* **umowa zlecenia**
* **umowa o dzieło**
* **właściciel**

***Inne zasoby:\***** **Osoba fizyczna** prowadząca działalność gospodarczą)
* **Osoba fizyczna** nie prowadząca działalności gospodarczej)
* **potencjał podmiotu trzeciego**

***Inne:*** *(podać jakie)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

***Uwaga!***

* + 1. W dalszej części dokumentu należy wypełnić właściwy wariant zgodnie z zapisami Zapytania

– wypełnić należy tylko jeden wariant dotyczący wykształcenia wskazanej osoby.

* + 1. Pozostałe warianty mogą pozostać puste, bądź wykreślone.
		2. W danym wariancie muszą zostać podane wszystkie wymagane informacje.
		3. Z informacji zamieszczonych w wykazie musi jednoznacznie wynikać, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w postępowaniu.
		4. W kolumnie ostatniej, należy wskazać czy wskazana osoba stanowi potencjał własny Wykonawcy czy też potencjał podmiotu trzeciego. Potencjał własny jest to dysponowanie bezpośrednie, obejmujące stosunek prawny istniejący bezpośrednio pomiędzy Wykonawcą a osobą, na dysponowanie której Wykonawca się powołuje. Potencjał podmiotu trzeciego stanowi tzw. dysponowanie pośrednie, czyli sytuację,
		w której tytułem prawnym powoływania się przez Wykonawcę na dysponowanie osobami zdolnymi do wykonania zamówienia jest stosowne zobowiązanie podmiotu trzeciego do udostępnienia tych osób. Należy również wskazać podstawę dysponowania.
		5. W przypadku osób oddanych w dyspozycję należy przedstawić (załączyć do oferty): pisemne zobowiązanie podmiotu dysponującego pracownikiem o oddaniu pracownika do dyspozycji lub pisemne oświadczenie osoby oddającej się do dyspozycji o oddaniu się do dyspozycji na czas wykonania zamówienia.
		6. W ostatniej kolumnie, należy wskazać podstawę dysponowania poprzez wykreślenie niepotrzebnych zapisów.

| ***Lp.*** | ***Wykształcenie******(nazwa instytucji gdzie zdobyte było wykształcenie)*** | ***Wykształcenie******(nazwa instytucji gdzie zdobyte było wykształcenie)*** |
| --- | --- | --- |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** |
| ***Wariant 1*** | **studia wyższe magisterskie****pedagogiczne**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nazwa instytucji)* | **studia podyplomowe** lub **kurs kwalifikacyjny**z zakresu **oligofrenopedagogiki** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nazwa instytucji)* |
| **Przygotowanie uprawniające do prowadzenia zajęć** z zakresu **terapii ręki**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nazwa instytucji)* |  |
| ***Wariant 2*** | **studia wyższe magisterskie**z zakresu **oligofrenopedagogiki**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nazwa instytucji)* | **studia podyplomowe** lub **kurs kwalifikacyjny** z zakresu **terapii ręki**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nazwa instytucji)* |

***Osoba składająca oświadczenie świadoma jest odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 297 Kodeksu Karnego***

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(miejscowość)* | *(podpis osoby lub osób uprawnionych**do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)* |