Załącznik nr 4

**Wykaz osób wskazanych przez oferenta do prowadzenia terapii**Zgodnie z wymogami zapytania ofertowego oświadczamy, że przy realizacji zamówienia dotyczącego prowadzenia terapii integracji sensorycznej (SI)

będą uczestniczyły następujące osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Wykształcenie  (nr dyplomu)** | **Posiadane uprawnienia, certyfikaty (nr uprawnień/ dyplomu, jeśli dotyczy)** | **Doświadczenie zawodowe** | **Informacja o podstawie do**  **dysponowania wskazanymi osobami (wskazanie formy współpracy np. umowa o pracę, umowa zlecenie)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Oświadczamy, iż osoby wyszczególnione w ww. wykazie, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane przez Zamawiającego uprawnienia.**

, dnia

miejscowość

(pieczęć imienna i podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania oferenta w dokumentach

rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu)