

.....  
.....  
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. 3 lata</i>
1				

..... dnia .....

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

**część II Psycholog:**

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

..... dnia .....

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

**część III Fizjoterapeuta:**

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

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

..... dnia .....

.....

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

**część IV Logopeda:**

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

--	--	--	--	--

..... dnia .....

.....

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