**Załącznik nr 4 - Wykaz kwalifikacji i doświadczenia osób przewidzianych do realizacji usługi**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | miejscowość, data | | | |

**WYKAZ OSÓB PRZEWIDZIANYCH DO REALIZACJI USŁUGI dla Kontraktor Sp. z o.o.**

**Ja, niżej podpisany \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** poniżej przedstawiam wykaz kwalifikacji i doświadczenia osób przewidzianych do realizacji usługi poradnictwa z zakresu sprawowania opieki nad osobą zależną zgodnie z rozeznaniem rynku z dnia 15.12.2016 r.:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby przewidzianej do realizacji usługi | Wykształcenie/ kwalifikacje  (nazwa uczelni, kierunek, rok ukończenia) | Doświadczenie zawodowe zgodne z przedmiotem zamówienia  (okres; pracodawca; stanowisko; zakres obowiązków) | Dodatkowe kwalifikacje zgodne z przedmiotem zamówienia |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta | | | |