

Nazwa Oferenta: .....

Adres Oferenta: .....

E-mail: .....

**Wykaz doświadczenia osób skierowanych przez Oferenta do realizacji specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi:**

Oświadczam, że osoby wskazane do realizacji zamówienia posiadają następujące doświadczenie zawodowe:

Lp.	Imię i nazwisko osoby skierowanej do wykonania zamówienia	Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż w jednej z następujących jednostek: - szpital psychiatryczny, - jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, - placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym, - ośrodka terapeutyczno-edukacyjno-wychowawczym, - zakładzie rehabilitacji, - innej jednostce niż wyżej wymienione, świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi
1.		Posiada/nie posiada*
2.		Posiada/nie posiada*
3.		Posiada/nie posiada*
4.		Posiada/nie posiada*
5.		Posiada/nie posiada*
6.		Posiada/nie posiada*
7.		Posiada/nie posiada*
8.		Posiada/nie posiada*
9.		Posiada/nie posiada*
10.		Posiada/nie posiada*
11.		Posiada/nie posiada*
12.		Posiada/nie posiada*
13.		Posiada/nie posiada*
14.		Posiada/nie posiada*
15.		Posiada/nie posiada*
16.		Posiada/nie posiada*
17.		Posiada/nie posiada*
18.		Posiada/nie posiada*
19.		Posiada/nie posiada*
20.		Posiada/nie posiada*

\*-niepotrzebne skreślić

.....  
(Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta)