

### Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego

....., dnia .....

(Imię i nazwisko/Nazwa organizacji/firmy)

.....

(Adres)

.....

(e-mail/ tel. kontaktowy)

### WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

**„Usługa poradnictwa specjalistycznego realizowana przez psychologa/trenera/terapeutę w związku z realizacją Projektu „Akademia Samodzielności” – dla osób z niepełnosprawnością w Wielkopolsce współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Priorytet VII „Włączenie społeczne” Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne |Poddziałanie 7.2.2. usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe”**

Lp.	Nazwisko i Imię	Opis posiadanych kwalifikacji i doświadczenia	Doświadczenie w pracy z osobą niepełnosprawną	Podstawa do dysponowania osobami

**Pismenne zobowiązania innych podmiotów** do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia – w przypadku, jeżeli Wykonawca wykazując spełnianie warunków, o których mowa w art. 22 ust.1 Ustawy *Prawo zamówień publicznych*, polega na zasobach tych podmiotów na zasadach określonych w art. 22a ustawy Pzp.

.....  
(podpis(y) osoby(ów) uprawnionej(ych), pieczęcie)



**Fundacja im. Doktora Piotra Janaszka PODAJ DALEJ KRS 0000 197058**

**Adres:** ul. Południowa 2A, 62-510 Konin

**Telefon:** 63 211 22 19 **e-mail:** fundacja@podajdalej.org.pl **FB/FundacjaPodajDalej**

**Konto bankowe:** Bank PKO BP, 55 1020 2746 0000 3102 0053 9650 **www.podajdalej.org.pl**

