

Załącznik nr 2

.....
.....
(Dane Wykonawcy – pełna nazwa / firma / imię i nazwisko; NIP, REGON, KRS, CEiDG –
w zależności od podmiotu)

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/ podstawado reprezentacji)

WYKAZ OSÓB

Oświadczam/y, że niżej wymienione osoby zostały skierowane do realizacji przedmiotu zamówienia w ramach zapytania ofertowego dotyczącego „Świadczenie usługi terapii sensorycznej (SI) prowadzonej dla wychowanków pieczy zastępczej wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.” w ramach projektu pt. „Wsparcie deinstytucjonalizacji pieczy zastępczej w podregionie pilskim”, FEWP.06.15-IZ.00-0004/23, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Funduszu Europejskiego dla Wielkopolski na lata 2021 – 2027, Priorytet VI, Działanie 6.15 – Wsparcie rodziny i systemu pieczy zastępczej:

- 1) posiadają odpowiednie kwalifikacje i doświadczenie zawodowe w przedmiocie zamówienia;
- 2) spełniają warunki określone w ustawie z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym (Dz. U. z 2023r. poz. 1304 ze zm.), zgodnie z treścią art. 21 ust. 2 i 3 tejże ustawy.

Lp.	Imię i Nazwisko	Opis posiadanych kwalifikacji zawodowych	Opis posiadanego doświadczenia zawodowego	Data ostatniej weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przystępstw na Tle Seksualnym	Data weryfikacji osoby w Krajowym Rejestrze Karnym
1.					

2.					
3.					
4.					
5.					

Jednocześnie oświadczam/y, że wszystkie informacje podane w powyższym wykazie są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęćka i podpis osoby / podpisy o upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy