

Załącznik nr 2

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

reprezentowany przez:

.....
(imię, nazwisko, stanowisko/ podstawa do reprezentacji)

WYKAZ OSÓB

Oświadczam/y, że niżej wymienione osoby zostały skierowane do realizacji przedmiotu zamówienia w ramach zapytania ofertowego dotyczącego **„Rozwiń skrzydła” kompleksowa usługa wspierająca rozwój i kompensująca opóźnienia dla dzieci i młodzieży będącej w pieczy zastępczej z terenu powiatu chodzieskiego 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 i:

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

Lp	Rodzaj zajęć	Imię i Nazwisko osoby prowadzącej zajęcia ¹	Posiadane wykształcenie stopień i rodzaj (np.: wyższe-mgr prawa)	Telefon do osoby prowadzącej zajęcia
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

1. Istnieje możliwość zwiększania liczby wierszy w tabeli.

2. Należy udokumentować wszystkie informacje wskazane w niniejszej tabeli.

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. Wyrażam/y zgodę na kontakt telefoniczny z osobą wskazaną do realizacji zamówienia.

.....
Miejscowość, data

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