***Załącznik nr 3 do zapytania ofertowego NR 2/WNB/2022***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nazwa lub imię i nazwisko, adres, NIP, adres e-mail Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**na świadczenie usługi polegającej na realizacji cykli edukacyjnych w zakresie kompetencji społecznych, na które składają się *Treningi kompetencji społecznych*, *Warsztaty z asertywności i autoprezentacji***

**oraz *Warsztaty zdrowego żywienie, wizerunku i higieny***

Oświadczam/-y, iż w wykonywaniu zamówienia będą uczestniczyły następujące osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zakres wykonywanych czynności - stanowisko** | **Imię**  **i nazwisko** | **Wykształcenie zgodnie z opisem wymagań w pkt. 12 podpkt. 5 zapytania ofertowego – dyplomy, świadectwa/certyfikaty/ zaświadczenia, uprawnienia umożliwiające przeprowadzenie warsztatów będących przedmiotem zamówienia,**  **(TAK/NIE)** | **Dwuletnie doświadczenie zawodowe na danym stanowisku i jeśli dotyczy w prowadzeniu zajęć z tematu, którego dotyczą warsztaty będące przedmiotem zamówienia, zgodnie z opisem wymagań w pkt. 12 podpkt. 5 zapytania ofertowego**  **(TAK/NIE)** | **Podstawa do**  **dysponowania osobą (jeżeli dotyczy)** |
| ***Treningi kompetencji społecznych***  *- psycholog/ pedagog – 1. trener* |  |  |  |  |
| ***Treningi kompetencji społecznych***  *- psycholog/ pedagog – 2. trener* |  |  |  |  |
| ***Warsztaty z asertywności i autoprezentacji***  *- psycholog/ pedagog – 1. trener* |  |  |  |  |
| ***Warsztaty z asertywności i autoprezentacji***  *- psycholog/ pedagog – 2. trener* |  |  |  |  |
| ***Warsztaty zdrowego żywienia, wizerunku i higieny***  *- wizażysta/ kosmetyczka – 1. trener* |  |  |  |  |
| ***Warsztaty zdrowego żywienia, wizerunku i higieny***  *- wizażysta/ kosmetyczka – 2. trener* |  |  |  |  |
| ***Warsztaty zdrowego żywienia, wizerunku i higieny***  *- dietetyk – 1. trener* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*Jeśli zajdzie potrzeba można dodać kolejne wiersze i dopisać kolejne osoby.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*data, miejscowość* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *podpis Wykonawcy lub przedstawiciela upoważnionego do reprezentacji*