**Załącznik nr 1 do SIWZ**

 Pieczęć firmy miejscowość, data ……………………………………

**WYKAZ OSÓB**

Data: ...........................................................

Nazwa wykonawcy: ...........................................................................................................

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i doświadczenia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania** | **Imię i nazwisko**  | **Wymagania minimalne kadry dydaktycznej** | Postawa do dysponowania osobą (własne/ oddane do dyspozycji \*) |
| **Zadanie 1 : Usługi z zakresu rehabilitacji** |  |  |  |
| **Zadanie nr 2 : Usługi z zakresu psychoterapeutycznego/ lekarz pediatrii/ lekarz psychiatrii dziecięcej** |  |  |  |
| **Zadanie nr 3: Usługi terapeutyczne – zajęcia grupowe szkoła dla rodziców** |  |  |  |

\* niepotrzebne skreślić

Jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno-prawnej pozostawiamy własne

 …………………………………………………………………………

 podpisy Wykonawcy lub osób

 uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy