



Terapia sensoryczna - Terapeuta w zakresie terapii sensorycznej

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

Oświadczam, że przy wykonywaniu przedmiotowego zamówienia pn.:

„Świadczenie usług polegających na prowadzeniu zajęć wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka oraz – w zależności od potrzeb dziecka – dodatkowych usług terapeutów, fizjoterapeutów, psychologów, pedagogów, logopedów i innych specjalistów w celu realizacji zadań wiodącego ośrodka koordynacyjno-rehabilitacyjno-opiekuńczego w Specjalnym Ośrodku Szkolno – Wychowawczym w Malborku”

będzie uczestniczyć następująca osoba:

| - TERAPEUTA W ZAKRESIE TERAPII SENSORYCZNEJ | |
|---|---|
| <p>Imię i nazwisko osoby uczestniczącej w realizacji niniejszego zamówienia:</p> <p>Imię:</p> <p>Nazwisko:</p> | <p>Podstawa dysponowania osobą:* (proszę zaznaczyć prawidłowe lub wykreślić niedotyczące)</p> <p>Pracownik z zasobów własnych:</p> <p><input type="checkbox"/> umowa o pracę</p> <p><input type="checkbox"/> umowa zlecenia</p> <p><input type="checkbox"/> umowa o dzieło</p> <p><input type="checkbox"/> właściciel</p> <p>Inne zasoby:*</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą)</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba fizyczna nie prowadząca działalności gospodarczej)</p> <p><input type="checkbox"/> potencjał podmiotu trzeciego</p> <p>Inne: (podać jakie)</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> |

Uwaga!

- 1) W dalszej części dokumentu należy wypełnić właściwy wariant zgodnie z zapisami Rozdziału 5A SIWZ – wypełnić należy tylko jeden wariant dotyczący wykształcenia wskazanej osoby.
- 2) Pozostałe warianty mogą pozostać puste, bądź wykreślone.
- 3) W danym wariantcie muszą zostać podane wszystkie wymagane informacje.
- 4) Z informacji zamieszczonych w wykazie musi jednoznacznie wynikać, że Wykonawca spełnia warunki udziału w postępowaniu określone w Rozdziale 5 SIWZ.
- 5) W kolumnie ostatniej, należy wskazać czy wskazana osoba stanowi potencjał własny Wykonawcy czy też potencjał podmiotu trzeciego. Potencjał własny jest to dysponowanie bezpośrednie, obejmujące stosunek prawny istniejący bezpośrednio pomiędzy Wykonawcą a osobą, na dysponowanie której Wykonawca się powołuje. Potencjał podmiotu trzeciego stanowi tzw. dysponowanie pośrednie, czyli sytuację, w której tytułem prawnym powoływania się przez Wykonawcę na dysponowanie osobami zdolnymi do wykonania zamówienia jest stosowne zobowiązanie podmiotu trzeciego do udostępnienia tych osób. Należy również wskazać podstawę dysponowania.
- 6) W przypadku osób oddanych w dyspozycję należy przedstawić (załączyć do oferty): pisemne zobowiązanie podmiotu dysponującego pracownikiem o oddaniu pracownika do dyspozycji lub pisemne oświadczenie osoby oddającej się do dyspozycji o oddaniu się do dyspozycji na czas wykonania zamówienia.
- 7) W ostatniej kolumnie, należy wskazać podstawę dysponowania poprzez wykreślenie niepotrzebnych zapisów.

| <i>Lp.</i> | <i>Wykształcenie (nazwa instytucji, uzyskany stopień numer dyplomu, data uzyskania dyplomu oraz jeśli dotyczy nazwa instytucji i data ukończenia)</i> | <i>Wykształcenie (nazwa instytucji, uzyskany stopień numer dyplomu, data uzyskania dyplomu oraz jeśli dotyczy nazwa instytucji i data ukończenia)</i> |
|----------------------|---|---|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> |
| Wariant 1 | studia wyższe magisterskie pedagogiczne <i>(nazwa instytucji)</i> <i>(stopień)</i> <i>(numer dyplomu)</i> <i>(data uzyskania dyplomu)</i> | studia podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny z zakresu oligofrenopedagogiki <i>(nazwa instytucji)</i> <i>(stopień – jeśli dotyczy)</i> <i>(numer dyplomu – jeśli dotyczy)</i> <i>(data uzyskania dyplomu / ukończenia kursu)</i> |
| | studia podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny z zakresu integracji sensorycznej <i>(nazwa instytucji)</i> <i>(stopień – jeśli dotyczy)</i> <i>(numer dyplomu – jeśli dotyczy)</i> <i>(data uzyskania dyplomu / ukończenia kursu)</i> | |
| Wariant 2 | studia wyższe magisterskie z zakresu oligofrenopedagogiki <i>(nazwa instytucji)</i> <i>(stopień)</i> <i>(numer dyplomu)</i> <i>(data uzyskania dyplomu)</i> | studia podyplomowe lub kurs kwalifikacyjny z zakresu integracji sensorycznej <i>(nazwa instytucji)</i> <i>(stopień – jeśli dotyczy)</i> <i>(numer dyplomu – jeśli dotyczy)</i> <i>(data uzyskania dyplomu / ukończenia kursu)</i> |

Osoba składająca oświadczenie świadoma jest odpowiedzialności karnej, wynikającej z art. 297 Kodeksu Karnego

..... dnia
(miejscowość)

.....
*(podpis osoby lub osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*