Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego

Znak sprawy: MCPS.ZP/KBCH/351-12/2022 ZO/U

Pieczęć (oznaczenie) Wykonawcy

**Wykaz osób potwierdzający spełnianie wymagań określonych w Zapytaniu Ofertowych**

**pn. „Opracowanie Wojewódzkiego Programu Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2023–2027.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | **Imię i nazwisko eksperta** |  | | | |
| Wykształcenie wyższe oraz stopień naukowy min doktora habilitowanego o specjalności powiązanej z przedmiotem zamówienia będącym psychologiem klinicznym aktywnie zaangażowanym we wsparcie ruchu samopomocowego osób chorujących psychicznie | TAK\*/NIE\* | | | |
| Posiada min. 3 letnie doświadczenie dydaktyczne na uczelni wyższej | TAK\*/NIE\* | | | |
|  | | **Tytuł publikacji lub artykułu** | **Nazwa Zamawiającego/Zleceniodawcy/Adres** | **Usługa własna/innego podmiotu** |
| Autorstwo lub współautorstwo min. 3 publikacji naukowych z zakresu polityki społecznej, psychologii, socjologii, pracy socjalnej, pedagogiki lub min. 3 artykułów naukowych w których poruszana została szeroko pojęta problematyka zdrowia psychicznego lub zaburzeń psychicznych | TAK\*/NIE | 1.  2.  3. |  |  |
| Tworzenie lub współpraca przy tworzeniu lokalnych lub regionalnych programów o podobnej tematyce związanej z przedmiotem zamówienia – min.1 program | TAK\*/NIE\* | 1. |  |  |
|  | Informacja o sposobie dysponowania osobą[[1]](#footnote-1) |  | | | |

\*niewłaściwe skreślić

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy/Wykonawców występujących wspólnie)

(miejscowość, data)

1. Wskazać formę zatrudnienia (np.: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) lub załączyć pisemne zobowiązanie podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy osoby wykazywanej w tabeli do wykonywania zamówienia [↑](#footnote-ref-1)