# Załącznik nr 3

# ……………………………….

(dane Wykonawcy/pieczęć)

**WYKAZ OSÓB UCZESTNICZĄCYCH W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności**  **w projekcie** | **Kwalifikacje zawodowe**  **i poziom wykształcenia** | **Doświadczenie zawodowe**  **w zakresie poradnictwa psychologicznego lub pedagogicznego** | |
|  |  |  |  | **Data (m-c, rok)** | **Zakres poradnictwa** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

W imieniu własnym (pełna nazwa Wykonawcy) ............................................................

.................

oświadczam, że zapoznałam/-em się z warunkami Zapytania ofertowego, dotyczącego zorganizowania i prowadzenia zajęć dla uczestników projektu pn. „Aktywna integracja w powiecie strzelecko - drezdeneckim” dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020 Oś Priorytetowa 7 Równowaga Społeczna, Działanie 7.2 Programy aktywnej integracji realizowane przez powiatowe centra pomocy rodzinie

i akceptuję ich treść.

Oświadczam, że posiadam potencjał organizacyjno – techniczny, osoby do prowadzenia zajęć o kwalifikacjach wymaganych w zapytaniu ofertowym pkt 2 oraz znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej wykonanie zamówienia.

…………………………………

data i czytelny podpis Wykonawcy