*Załącznik nr 4 Zapytania ofertowego nr 04/GZSM/2017*

**Pieczątka Wykonawcy**

**Pieczątka Wykonawcy**

**Zamawiający:**

**Centrum Psychologiczne „Widnokrąg” Anna Wierzbicka**

00-362 Warszawa

ul. Gałczyńskiego 4 lok. 201

**WYKAZ OSÓB**

**uczestniczących w realizacji przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osób prowadzących zajęcia** | **Wykształcenie, posiadane certyfikaty, dodatkowe kursy i uprawnienia** | **Doświadczenie zawodowe**  **W tym m.in. nazwę szkolenia, odbiorcę, termin realizacji, ilość godzin, ilość osób** | **Podstawa dysponowania i zakres wykonywanych czynności w ramach przedmiotu zamówienia** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Niniejszym wyrażam zgodę na sprawdzenie przez Zamawiającego podanych powyżej danych.

.............................................. ........................................................... *miejscowość i data podpis osoby/osób uprawnionej*

*do reprezentowania Wykonawcy*