**Załącznik nr 4**do zapytania ofertowego

nr 2/RPO/PAR1/SNR/2021 z dnia 19.05.2021r.

dotyczącego wyboru wykonawcy usług wsparcia psychologicznego

 w ramach projektu: „Opieka wytchnieniowa dla osób niepełnosprawnych
i ich opiekunów faktycznych z województwa świętokrzyskiego”

Imię i nazwisko/nazwa podmiotu: ………………………………………….…….

Adres: ……………………………….……………………………….

NIP: …………………………………………………………………..

Numer telefonu: …………………… Adres e-mail: …………………………….…………………

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA ZAWODOWEGO OSOBY, KTÓRA BĘDZIE REALIZOWAĆ PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA**

Imię i nazwisko: ………………………………………….…….

Adres: ……………………………….……………………………….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa zakładu pracy** | **Okres pracy** | **Stanowisko** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

………………… dnia ……………………………..

……………………………………………………..

Podpis Wykonawcy