Załącznik nr 4A do SWZ – Wykaz osób (Usługi 1)

**Wykonawca:**

………………………………

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego:

**pn. usługi Koordynacji Implementacji testowanego modelu pilotażowego Zintegrowanego Systemu Zapobiegania Przemocy Domowej (usługi 1)**

odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności

oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami

|  |
| --- |
| Funkcja:**Koordynator Implementacji** |
| Imię i nazwisko:………………………………………...………………………….. |
| Doświadczenie zawodowe:Doświadczenie w okresie 10 lat poprzedzających wyznaczony termin składania ofert za zarządzanie lub koordynację co najmniej jednego wyodrębnionego organizacyjnie zadania z zakresu prac badawczych, projektowania albo wdrożenia usług ogólnospołecznych, świadczonych na rzecz lub przy udziale jednostek samorządu terytorialnego, obejmującego współpracę z jednostkami organizacyjnymi co najmniej 10 gmin przez okres co najmniej 6 miesięcy: |
| *(podać nazwę zadania, oznaczenie Zleceniodawcy oznaczenie pełnionej funkcji i terminy jej sprawowania)* |
| ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Posiadane zawodowe:Wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia:*(podać nazwę i wydział uczelni, kierunek studiów lub tytuł naukowy, rok rozpoczęcia/ukończenia studiów/ lub uzyskania tytułu naukowego)*………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Zakres wykonywanych czynności:………………………………………………………………………………………………….……………………… |
| Informacje o podstawie dysponowania przez Wykonawcę:*(wskazać, czy: osobiście, na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej lub poprzez udostępnienie zasobów innego podmiotu)*………………………………………………………………………………………………………………………… |

………………………….., dnia ……………..2022 r.

 Dokument podpisany elektronicznie przez (imię i nazwisko):

 …………………………………………………………….

Załącznik nr 4B do SWZ – Wykaz osób (Usługi 2)

**Wykonawca:**

………………………………

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego:

**pn. usługi Ewaluacji Środowiskowej testowanego modelu pilotażowego Zintegrowanego Systemu Zapobiegania Przemocy Domowej (usługi 2)**

odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności

oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami

|  |
| --- |
| Funkcja:**Ewaluator Środowiskowy** |
| Imię i nazwisko:………………………………………...………………………….. |
| Doświadczenie zawodowe:Doświadczenie w okresie 5 lat poprzedzających wyznaczony termin składania ofert za powierzone obowiązki okresowej ewaluacji co najmniej jednego zadania z zakresu prac badawczych, projektowania albo wdrożenia usług ogólnospołecznych, świadczone przez okres co najmniej 6 miesięcy: |
| *(podać nazwę zadania, oznaczenie Zleceniodawcy oznaczenie pełnionej funkcji i terminy jej sprawowania)* |
| ………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Posiadane zawodowe:Wykształcenie niezbędne do wykonania zamówienia:*(podać nazwę i wydział uczelni, kierunek studiów lub tytuł naukowy, rok rozpoczęcia/ukończenia studiów/ lub uzyskania tytułu naukowego)*………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Zakres wykonywanych czynności:………………………………………………………………………………………………….……………………… |
| Informacje o podstawie dysponowania przez Wykonawcę:*(wskazać, czy: osobiście, na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej lub poprzez udostępnienie zasobów innego podmiotu)*………………………………………………………………………………………………………………………… |

………………………….., dnia ……………..2022 r.

 Dokument podpisany elektronicznie przez (imię i nazwisko):

 …………………………………………………………….