**Wykaz wykształcenia i doświadczenia (Załącznik nr 2)**

Imię i Nazwisko:/ lub nazwa firmy………………………………………………………..…

NIP:/jeśli dotyczy/: ………………………………………………………………

Adres…………………………………………………………….………………………………

telefon…………………….…………e-mail ………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko wykonawcy bądź delegowanego prowadzącego (jeśli dotyczy) | | | | | |
|  | | | | | |
| **Wykształcenie:** | | | | | |
| Instytucja  Data: od (miesiąc /rok) do (miesiąc /rok) | | | | | Uzyskane stopnie lub dyplomy: |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **Dodatkowe kursy/ szkolenia/certyfikaty** | | | | | |
| Instytucja  Data: od (miesiąc /rok) do (miesiąc /rok) | | | | | Uzyskane stopnie lub dyplomy: |
|  | | | | |  |
|  | | | | |  |
| **WYKAZ USŁUG: INDYWIDUALNEGO PORADNICTWAPSYCHOLOGICZNEGO** | | | | | |
| LP | Liczba godzin | Instytucja na rzecz której wykonywano usługi | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
|  |  |  | | | |
| **WYKAZ USŁUG: CYKLICZNE SPOTKANIA MOTYWACYJNE LUB ZGODNE Z PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA** | | | | | |
| LP | Tytuł/zakres usługi/rodzaj spotkań | | Liczba godzin | Instytucja na rzecz której wykonano usługi | |
|  |  | |  |  | |
|  |  | |  |  | |

…………………………………… ………………………………………………..

Data Podpis delegowanego prowadzącego (jeśli dotyczy)

………………………………………

podpis Wykonawcy lub

osoby upoważnionej do występowania w imieniu Wykonawcy