*Załącznik nr 3 do Zapytania ofertowego*

**Zamawiający:**

Województwo Świętokrzyskie -

Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach

Al. IX Wieków Kielc 3

25-516 Kielce

**Wykonawca:**

***…………………………………..***

**………………………………….**

*nazwa i adres wykonawcy*

**Oświadczenie wykonawcy**

na potrzeby postępowania pt. „Przeprowadzenie superwizji indywidualnej i/lub grupowej dla pracowników Świętokrzyskiego Ośrodka Adopcyjnego - 20 godzin zegarowych”.

**Ja/My** *(imię i nazwisko)*…………………………………………………………………….

**jako upoważniony/upoważnieni przedstawiciel/przedstawiciele[[1]](#footnote-1) wykonawcy:**

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

*(nazwa wykonawcy)*

oświadczam że:

posiadam wymagane uprawnienia, doświadczenie i wiedzę niezbędną do wykonania zamówienia, tj.:

* wykształcenie wyższe magisterskie,
* certyfikat superwizora,
* doświadczenie w prowadzeniu supewrwizji w ujęciu systemowym psychoterapii: indywidualnej dorosłych, dzieci i młodzieży oraz małżeństw i rodzin,
* co najmniej 10 letnie doświadczenie w pracy superwizora,
* doświadczenie kliniczne.

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

Miejscowość, data Podpis/y Wykonawcy/osoby/osób upoważnionej/ych

do reprezentowania Wykonawcy

1. *Niepotrzebne skreślić* [↑](#footnote-ref-1)