**Załącznik Nr 7 do SWZ**

Nazwa Wykonawcy/Wykonawców\* (w przypadku oferty wspólnej): …………………….........................................................................................…...........................

Adres: ............................................................................................................……...........………..

Adres e-mailowy i adres ESP: …...................................................................................................

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB BIORĄCYCH UDZIAŁ W REALIZACJI ZAMÓWIENIA** |

**Nazwa zadania:**

1. *Wybór Wykonawcy usługi rehabilitacyjnej dla 30 podopiecznych Dziennego Domu Pobytu (Dziennego Domu Senior+)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Informacje o podstawie do dysponowania wykazaną osobą | Zakres wykonywanych czynności |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

**Uwaga:**

1. Wykonawca winien wykazać, że dysponuje osobami, które posiadają przygotowanie zawodowe do wykonywania usługi określonej niniejszą specyfikacją

2. W przypadku przedstawienia w wykazie osób, osób którymi Wykonawca będzie dysponował za zgodą innych podmiotów wymagane jest przedłożenie pisemnego zobowiązania tych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia.

3. Osoba(y) składająca oświadczenie świadoma jest odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu Karnego.

Data …………… ...............................................................

Podpis i pieczątka osób(-y) wskazanych

w dokumencie upoważniającym do występowania w obrocie prawnym lub

posiadające pełnomocnictwo