Załącznik nr 5 do SWZ

WYKAZ OSÓB,
KTÓRYMI DYSPONUJE WYKONAWCA I KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA,

Wykaz należy wypełnić w zakresie, na który jest składana oferta.

Nazwa wykonawcy składającego ofertę: .....

Adres wykonawcy składającego ofertę: .....

tel. ..... e-mail .....

Zamówienie na usługi fizjoterapeuty / rehabilitanta

L p.	**Imię i nazwisko osoby wraz z informacją o podstawie do dysponowania osobą** (należy wpisać podstawę dysponowania osobą, np.: **umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, współpraca w ramach wspólnej oferty)**	**Opis wykształcenia i kwalifikacji potwierdzających spełnianie wymagań określonych w punkcie II.8. SWZ**	**Opis doświadczenia zawodowego**	**Liczba godzin realizacji zamówienia w ramach limitu przewidzianego na daną terapię określnego w punkcie II.1.1 SWZ**
	1	2	3	4

UWAGA:
Liczba godzin wskazana w kolumnie 4 nie może przewyższać sumy liczby godzin osób wskazanych przez Zamawiającego do danej realizacji zadania w kolumnie 1

Z wypełnionego przez wykonawcę powyższego załącznika musi wyraźnie i jednoznacznie wynikać spełnianie warunku, określonego w punkcie II.8. SWZ.

.....

Podpisy osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli
w imieniu wykonawcy

Dokument powinien być sporządzony w postaci elektronicznej i podpisany podpisem zaufanym bądź osobistym przez osoby upoważnione do reprezentowania Wykonawcy