

....., dnia

(Imię i nazwisko/Nazwa organizacji/firmy)

.....

(Adres)

.....

(e-mail/ tel. kontaktowy)

WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

„Usługa indywidualnego poradnictwa neurologopedy w związku z realizacją Projektu ABC – samodzielności dla osób z niepełnosprawnością w Wielkopolsce współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Priorytet VII „Włączenie społeczne” Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne.”

| Lp. | Nazwisko i Imię | Opis posiadanych kwalifikacji i doświadczenia | Doświadczenie w pracy z osobą niepełnosprawną | Podstawa do dysponowania osobami |
|-----|-----------------|---|---|----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Pisemne zobowiązania innych podmiotów do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia – w przypadku, jeżeli Wykonawca wykazując spełnianie warunków, o których mowa w art. 22 ust.1 Ustawy *Prawo zamówień publicznych*, polega na zasobach tych podmiotów na zasadach określonych w art. 22a ustawy Pzp.

.....

(podpis(y) osoby(ów) uprawnionej(ych), pieczęcie)