Załącznik nr 4 do SWZ

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

Dane Wykonawcy

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

dot. postępowania w sprawie zamówienia publicznego pn. ……………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię**  **i nazwisko** | Warunki udziału w postępowaniu  (należy podać informacje, które potwierdzają spełnienie warunków opisanego  w ust. 1 pkt. 2 lit. b) części IV SWZ) | Doświadczenie | Podstawa do dysponowania osobami skierowanymi do wykonania zamówienia | Osoby będące w dyspozycji Wykonawcy/ oddane do dyspozycji przez inny podmiot |
| 1 |  | Posiada:  - kwalifikacje z fizjoterapii potwierdzone dyplomem\* …………………………………………………………………………………..  - kwalifikacje z zakresu metod neurorozwojowych potwierdzone**\*** ……………………………………………………..  - kwalifikacje z osteopatii potwierdzone**\*** ……………………………………………………..  - prawo do wykonywania zawodu tj. dysponuje aktualnym wpisem do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów potwierdzony nadanym numerem przez Krajową Izbę Fizjoterapeutów …………………………  **co potwierdzają następujące dokumenty załączone do niniejszego wykazu osób**:  ……………………………………………………..  …………………………………………………….. | Doświadczenie zawodowe:  Posiada ………………….. – letnie  *(należy podać okres)*  doświadczenie zgodnie z postawionym warunkiem w Specyfikacji Warunków Zamówienia,  **co potwierdzają następujące dokumenty, referencje załączone do niniejszego wykazu osób**:  ……………………………………………………..  …………………………………………………….. |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |

**\*niewłaściwe skreślić lub pozostawić puste, nie wypełnione**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i załącznikach są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Panel podpisu elektronicznego:

…………….........................., dn. \_ \_ . \_ \_ . \_ \_ \_ \_r.

……………….................................................

ELEKTRONICZNY PODPIS WYKONAWCY lub osoby

uprawnionej do składania oświadczeń woli

w imieniu Wykonawcy, w postaci:

- kwalifikowanego podpisu elektronicznego,

- **LUB** podpisu zaufanego,

- **LUB** podpisu osobistego e-dowód.

\*Niepotrzebne skreślić