|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 5 do SWZ** |

Wykonawca:

…………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

1. Wykonawca oświadcza, że do wykonania usługi objętej niniejszym zamówieniem, do realizacji zamówienia wyznacza następującą osobę/osoby:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i  nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe i  wykształcenie** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie w wykonywaniu specjalistycznego badania echokardiograficznego (od-do)** | **Doświadczenie w  prowadzeniu weterynaryjnej działalności gospodarczej (od-do)** | **Podstawa dysponowania osobami** |
| **a** | **b** | **c** | **d** | **e** | **f** |  |
| **1** |  |  |  |  |  |  |

W powyższej tabeli Wykonawca musi podać informacje, na podstawie których Zamawiający będzie mógł ocenić spełnienie warunku udziału w postępowaniu opisanego w Rozdziale 9 SWZ.

|  |
| --- |
| Data: |
|  |