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\* …………………………………………………………………………………..- 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