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

*(nazwa Wykonawcy)*

**Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

**potwierdzenie spełnienia warunku określonego w**

**punkcie V.3.3.d SWZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcja** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje** | **Podstawa dysponowania\*** |
| 1. | Doradca zawodowy |  | *wykształcenie:…………**doświadczenie:……………….* |  |
| 2. | Pośrednik pracy |  | *wykształcenie:…………**doświadczenie:……………….* |  |
| 3. | Psycholog kliniczny |  | *wykształcenie:…………**doświadczenie:……………….* |  |
| 4. | Lekarz specjalista w zakresie psychiatrii  |  | *wykształcenie:…………**doświadczenie:……………….* |  |
| 5. | Lekarz specjalista w zakresie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej |  | *wykształcenie:…………**doświadczenie:……………….* |  |
| 6. | Fizjoterapeuta |  | *wykształcenie:…………**doświadczenie:……………….* |  |
| 7. | Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją |  | *wykształcenie:…………**doświadczenie:……………….* |  |
| 8. | Kierownik ORKZP |  | *wykształcenie:…………**doświadczenie:……………….* |  |

*Proszę podać informacje o* ***doświadczeniu*** *każdej z osób pozwalające na ocenę spełnienia warunku określonego w pkt V.3.3. lit d), w tym okresy wykonywania działalności, miejsce wykonywania, rodzaj wykonywanych czynności.*

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

*(podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji Wykonawcy)*