**Oznaczenie sprawy: SZP/DKA/25/2024 ROBO.NZL**

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Część nr 4**

**Nazwa Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adres Wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA pn:**

**„ŚWIADCZENIE USŁUG PRZEZ PERSONEL SPECJALISTYCZNY PROJEKTU –„3”**

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją   
o podstawie do dysponowania tymi osobami:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, wykształcenie, doświadczenie** | **Okres potwierdzający nabyte kwalifikacje zawodowe, uprawnienia - numer, wykształcenie, doświadczenie,**  **od - do – podać zakres dat**  **PODAĆ/**  **OKREŚLIĆ** | **Zakres wykonywanych czynności objętych postępowaniem** | **Informacja  o podstawie do dysponowania osobami \*** |
| **1.** |  | ukończone studia wyższe na kierunku fizjoterapia, |  | Wykładowca |  |
| posiada co najmniej tytuł naukowy doktora, |  |
| posiada co najmniej 3 letnie doświadczenie zawodowe w zakresie rehabilitacji dzieci  z mózgowym porażeniem dziecięcym, wspomaganej technologicznie. |  |

\*należy wpisać podstawę dysponowania osobą np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, zobowiązanie do współpracy, zobowiązanie innych podmiotów do oddania osoby do dyspozycji Wykonawcy. W przypadku, gdy Wykonawca jest osobą fizyczną, która samodzielnie będzie realizować zamówienie wówczas należy wpisać „**nie dotyczy”.**

*Dokument podpisany elektronicznie*