**Załącznik nr 8**

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

 (pieczęć Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB**

Nazwa wykonawcy:

Nazwa postępowania: **„Zwiększenie dostępności dla osób ze szczególnymi potrzebami w SPZOZ w Kalwarii Zebrzydowskiej – Miejskiej Przychodni Zdrowia” - Część XII: Przeprowadzenie szkoleń dla kadry placówki**

 *(nazwa postępowania)*

**-** prowadzonego przez **SP ZOZ w Kalwari Zebrzydowskiej**  oświadczam, co następuje:

Oświadczamy, że skierujemy do realizacji zamówienia publicznego następujące osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Zakres wykonywanych czynności(trener) | Informacje o kwalifikacjach lub uprawnieniach *(należy wskazać :* wykształcenie wyższe/średnie/zawodowe lub certyfikaty/ zaświadczenia/inne dokumenty umożliwiające przeprowadzenie szkoleń | Doświadczenie (min 2 usługi szkoleniowe/ należy wskazać podmiot na rzecz którego świadczone były usługi szkoleniowe) | Informacja o podstawie do dysponowania wskazanymi osobami (up. umowa o pracę, umowa zlecenie, poleganie na osobach innego podmiotu itp) |
| **1** | **2** | **3** | **4** | 5 | 6 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

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

 (miejscowość, data) …………..……………......................................

 Czytelny podpis osoby(osób)uprawnionej(ych)

 *do reprezentowania Wykonawcy*