Załącznik Nr 7 do SWZ

(Załącznik nr 3 do umowy)

**Wykonawca:**

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

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

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………..

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

**Nr postępowania: ZP/18/23**

**WYKAZ OSÓB**

które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonywania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nich czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe/Wykształcenie** | **Okres praktyki zawodowej na stanowisku dietetyka** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, poleganie na osobach innego podmiotu itp.)** |
| **1.** |  |  |  | **Kontrola jakości świadczonych usług na stanowisku dietetyka** |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |

\* Liczbę pozycji tabeli można zwiększyć lub zmniejszyć w miarę potrzeb.