**Załącznik nr 5 do SWZ**

*(składany przed podpisaniem umowy)*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

(imię, nazwisko, nazwa Wykonawcy)

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego ***na świadczenie usług: psychiatrycznych, psychologicznych, prawniczych, w zakresie zdrowia i innych przez specjalistów w ramach projektu „Mazowiecka Strefa Rozwoju Pieczy Zastępczej”,*** przekazuję **dane do realizacji zapytania w rejestrze:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer PESEL** |  |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Nazwisko rodowe** |  |
| **Imię ojca:** |  |
| **Imie matki:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |

Podpis