**ZAŁĄCZNIK NR 11 DO SWZ (WZÓR)**

**WYKAZ DIETETYKÓW WYKONAWCY**

**WYKAZ OSOB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO W ZAKRESIE FUNKCJI DIETETYKA**

**(min. 1 osoba)**

W związku z postępowaniem prowadzonym przez Szpitale Tczewskie S.A. nr **13/TP/2024,** na:

**Usługi sukcesywnego przygotowywania i dostawy, przez siedem dni w tygodniu, całodobowego wyżywienia dla pacjentów Szpitali Tczewskich S.A. z uwzględnieniem diet i kaloryczności**

**w imieniu:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

***(nazwa Wykonawcy)***

**składamy poniższy wykaz:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko lub inicjały dietetyka | Kwalifikacje zawodowe | Uprawnienia | Wykształcenie | Informacja o posiadanym doświadczeniu zawodowym (w latach – staż pracy w zawodzie) | Zakres wykonywanych czynności | Podstawa dysponowania osobą |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

(miejscowość i data)

***Dokument ten należy podpisać elektronicznie, zgodnie z wymogami zawartymi w SWZ do niniejszego postępowania.***

***DOKUMENT SKŁADANY NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO***