**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Wykonawca:**

………………………………………………………

………………………………………………………

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

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

Składany do zadania: **„****Przeprowadzenie specjalistycznych szkoleń dla jednostek OSP z terenu Gminy Rabka-Zdrój” realizowany w ramach projektu, pt.: „Razem przeciwko skutkom zmian klimatu na pograniczu polsko-słowackim. Zarządzanie kryzysowe w teorii i w praktyce” współfinansowanego w ramach Programu Interreg Polska-Słowacja 2021-2027”**, **znak sprawy IRG.271.1.2025,** prowadzonego przez **Gminę Rabka-Zdrój:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe /**  **Nazwa posiadanych uprawnień / doświadczenie zawodowe** | **Podstawa dysponowania osobą (3)\*** |
|  |  | Kwalifikacje zawodowe:  …………………………………………………………………………………………  Uprawnienia:  ……………………………………………  ……………………………………………  Doświadczenie zawodowe:  ……………………………………………  …………………………………………… | **Zasoby:**  własne/  innych podmiotów\* |

**Uwaga!** Oświadczam(my), **że osoby wskazany w wykazie**, będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wszelkie wymagane uprawnienia niezbędne do wykonywania przedmiotu niniejszego postępowania wymagane w postawionym warunku w SWZ.

…………….……. *(miejscowość),*dnia ………….……. r.

**Niniejszy plik należy podpisać podpisem kwalifikowanym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**