

WYKAZ OSÓB WYZNACZONYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Dotyczy zamówienia pn.: *Usługi psychiatryczne w mieszkaniu wspomaganym w Gminie Świdwin*

Nazwa Wykonawcy

Adres Wykonawcy

Lp.	Imię i nazwisko	Wykształcenie	Doświadczenie w latach
1.			
2.			
3.			
4.			

Zamawiający uzna, że Wykonawca spełnia warunek jeżeli posiada wykształcenie wyższe kierunkowe - lekarz psychiatra posiadający uprawnienia do prowadzenia odpowiadającej przedmiotowi zamówienia działalności, oraz posiada ponad dwuletnie doświadczenie zawodowe zgodne z przedmiotem zamówienia. Przedmiot zamówienia. Wykonawca wykona osobiście; albo w przypadku podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, załączą dokumenty potwierdzające zdolność do wykonania przedmiotu zamówienia przez osoby skierowane do realizacji zamówienia wraz z podpisanym przez nich oświadczeniem w którym wyrażają zgodę na realizację zlecenia w momencie wyboru oferty.

.....

(data i czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)