|  |
| --- |
| **Wykonawca:**  ……………………………………  ……………………………………  ……………………………………  *(pełna nazwa/firma, adres)* |

**Uwaga! Wykonawca nie może wskazać jednej/tej samej osoby na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu dla więcej niż jednej części niniejszego postępowania.**

**WYKAZ OSÓB**

na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w pkt 5.1.1. SWZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane kwalifikacje – numer prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii (prawo do wykonywania zawodu upoważniające do świadczenia usług weterynaryjnych)** | **Posiadanie min. rocznego doświadczenia w świadczeniu usług weterynaryjnych po uzyskaniu uprawnień do wykonywania zawodu** |
| **CZĘŚĆ 1** | | | |
| 1. | ………………………………………………………………… | **Nr prawa wykonywania zawodu ………** | **TAK** |
| … | … | … | … |
| **CZĘŚĆ 2** | | | |
| 1. | ………………………………………………………………… | **Nr prawa wykonywania zawodu ………** | **TAK** |
| … | … | … | … |
| **CZĘŚĆ 3** | | | |
| 1. | ………………………………………………………………… | **Nr prawa wykonywania zawodu ………** | **TAK** |
| … | … | … | … |

**Oświadczam, że dysponuję następującą osobą wymienioną w wykazie, w poz. ………….. polegając na zasobach innego podmiotu,   
tj. …………………………………..…** *(wypełnić gdy Wykonawca polega na zdolnościach technicznych lub zawodowych innego podmiotu zgodnie z art. 118 ustawy Prawo zamówień publicznych).*