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

**WYKAZ DODATKOWEGO DOŚWIADCZENIA OSOBY WSKAZANEJ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**w celu uzyskania dodatkowych punktów** w kryterium określonym w pkt 19.3. SWZ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane kwalifikacje – numer prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii (prawo do wykonywania zawodu upoważniające do świadczenia usług weterynaryjnych)** | **Liczba lat doświadczenia w świadczeniu usług weterynaryjnych po uzyskaniu uprawnień do wykonywania zawodu (min. 3 lata)** |
| **CZĘŚĆ 1** | | | |
| 1. | ……………………………… | **Nr prawa wykonywania zawodu ……………..** | **…………… lat/-a doświadczenia po uzyskaniu uprawnień do wykonywania zawodu** |
| … | … | … | … |
| **CZĘŚĆ 2** | | | |
| 1. | ……………………………… | **Nr prawa wykonywania zawodu ……………..** | **…………… lat/-a doświadczenia po uzyskaniu uprawnień do wykonywania zawodu** |
| ….. | … | … | … |
| **CZĘŚĆ 3** | | | |
| 1. | ……………………………… | **Nr prawa wykonywania zawodu ……………..** | **…………… lat/-a doświadczenia po uzyskaniu uprawnień do wykonywania zawodu** |
| …. | … | … | … |

**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).*