**Zał. nr 8**

**……………………………….....**

Pieczęć Wykonawcy

**Wykaz osób, które będą brały udział w realizacji zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Stanowisko | Sposób dysponowania |
| 1. |  | kucharz | umowa o pracę |
| 2. |  | kucharz/ pomoc kuchenna | umowa o pracę |
| 3. |  | kierowca | umowa o pracę |
| 4. |  |  |  |

**Przed zawarciem umowy Zamawiający zażąda kserokopii umów o pracę dla kucharzy, kucharza/ pomocy kuchennej, kierowcy.**

Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez **Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Społecznej w Szydłowcu, ul. Wschodnia 23, 26-500 Szydłowiec, tel: (048) 617 09 80** w celu prowadzenia postępowania na kompleksowe świadczenie usługi żywieniowej dla osób przebywających w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym.

data …………………………

…………………………………………………..

Podpis(y) osoby, osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnictwo.