

1. Dane Wykonawcy¹:

Nazwa:

.....

Siedziba:

.....

Adres do korespondencji²:

.....

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

Numer REGON:

Numer NIP:

2. Dane Zamawiającego:

SP ZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia
adres do korespondencji: 78-217 Stanomino 5

WYKAZ OSÓB

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych dla wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

OŚWIADCZAM(Y), że w wykonaniu niniejszego zamówienia pn.: **Świadczenie usług gastronomicznych w pomieszczeniach kuchni SP ZOZ Wojewódzkiego Ośrodka Terapii**

¹ Zgodnie z danymi rejestrowymi. W przypadku gdy ofertę składają podmioty wspólnie ubiegające się o zamówienie należy wpisać dane dotyczące wszystkich podmiotów wspólnie ubiegających się o zamówienie (wspólników s.c., konsorcjantów) a nie tylko pełnomocnika

² Wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż siedziba Wykonawcy

Uzależnienia od Alkoholu i Wspóluzależnienia w Stanominie dla pacjentów Ośrodka na lata 2025-2027 będą uczestniczyć następujące osoby:

IMIĘ I NAZWISKO	STANOWISKO	Informacja na temat kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego	INFORMACJA O PODSTAWIE DO DYSPONOWANIA TYMI OSOBAMI
	Dietetyk kliniczny		
	Kucharz		
	Kucharz		

Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym/podpisem zaufanym/podpisem osobistym