**Załącznik nr 5 do SWZ**

|  |
| --- |
| Nazwa i adres Wykonawcy |

**Wykaz (wskazanie) osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

W odpowiedzi na ogłoszenie o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji o wartości zamówienia nie przekraczającej progów unijnych o jakich stanowi art. 3 ustawy z 11 września 2019 r. - Prawo zamówień publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r., poz. 1320) – dalej Pzp na usługę pn. **„Świadczenie wsparcia rehabilitacyjnego osobom niepełnosprawnym w ramach Warsztatów Terapii Zajęciowej we Wronkach w 2025 r.”** oświadczam/y, że do realizacji zamówienia publicznego skierowane będzie niżej wskazana osoba:

***Uwaga: dane wykazywane w tabeli poniżej winny wskazywać na spełnienie warunku, o którym mowa w rozdziale VIII, ust. 2, pkt 4 SWZ.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej** | **Kwalifikacje zawodowe**  (data uchwały o wpisie do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów, numer prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty, o którym mowa w ustawie z dnia 25 września 2015r. o zawodzie fizjoterapeuty) | **Doświadczenie zawodowe lub wolontaryjne**  *(nazwa stanowiska pracy/pełnionych funkcji/rodzaj świadczonych usług, okres wykonywania/świadczenia/realizacji od-do datami)* | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą skierowaną**  *(np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o współpracy, umowa o świadczenie usług)* |
|  |  |  |  |

.........................................................................................................................................................

Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów). Oferta w postaci elektronicznej winna być podpisana kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowód).