Załącznik nr 8 do SWZ

**WYKAZ OSÓB**

do postępowania o zamówienie publiczne pn.:

**„Specjalistyczna usługa opiekuńcza fizjoterapii w miejscu zamieszkania”.**

Dane WYKONAWCY:

Nazwa ..................................................................................................................................

Siedziba ................................................................................................................................

Adres e-mail ………………………………………………………………………………………..

**Wykonawca zobowiązany jest wykazać się spełnieniem warunku wskazanego w pkt 5.1.2 SWZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Posiadane wykształcenie** | **Posiadane doświadczenie** | **Podstawa dysponowania PODSTAWA DO DYSPONOWANIA OSOBĄ**  **(pracownik własny - np. umowa o pracę, umowa zlecenie, pracownik oddany do dyspozycji przez inny podmiot)** |
| 1. |  | kwalifikacje do wykonywania zawodu fizjoterapeuty zgodnie z zapisami ustawy  z dnia 25.09.2015r. o zawodzie fizjoterapeuty,  **tak/nie[[1]](#footnote-1)** |  |  |
| 2. |  |  |  |  |

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)