Załącznik nr 9 do SWZ

 Nazwa i Adres Wykonawcy

WYKAZ OSÓB

na potwierdzenie spełniania warunki określonego w Rozdziale VII pkt 4 ppkt 2) SWZ

**(składane przez Wykonawcę na wezwanie Zamawiającego)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *Usługa wykonywania i dostarczania posiłków*, oświadczam, że:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Posiadane kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie zawodowe**  **(w miesiącach)** | **Informacja o podstawie**  **do dysponowania** |
| 1. |  | Kucharz |  |  |  |
| 2. |  | Dietetyk |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |