*Załącznik nr 8 do SWZ*

**numer postępowania: DFK.26.24.2025**

**ZAMAWIAJĄCY:**  
 Regionalna Placówka Opiekuńczo- Terapeutyczna w Ignatkach-Osiedle  
 ul. Jeździecka 1

16-001 Ignatki Osiedle

**WYKONAWCA:**

**…………………………………………………...**

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

***Nazwa postępowania: „Usługa cateringowa w zakresie przygotowania i dostawy posiłków na rzecz podopiecznych Regionalnej Placówki Opiekuńczo-Terapeutycznej w Ignatkach- Osiedle w okresie od dnia 1 stycznia 2026 r. do dnia 31 grudnia 2026r. ”***

**Wykaz osób, potwierdzający spełnianie warunku dotyczącego zdolności technicznej lub zawodowej, określonego w § 6 ust. 3 pkt 3 SWZ**

OŚWIADCZAM/MY, iż wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia przedstawia się następująco:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwisko i imię | Wykształcenie | Zakres wykonywanych prac (stanowisko) | Doświadczenie zawodowe  (lat/miesięcy) | Podstawa dysponowania osobą |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

Oświadczam, że wskazana w Wykazie osoba posiada wymagane uprawnienia, jeżeli ustawy w stosunku do tej osoby nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień do pełnienia przewidzianych dla niej funkcji.

W przypadku, gdy w powyższym wykazie Wykonawca wykazał osoby, którymi dysponuje poprzez inne podmioty:

Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami tych podmiotów niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.

…………………………………………………………………………

*(podpis Wykonawcy/ Pełnomocnika Wykonawcy)*