**Załącznik nr 4 do SWZ**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM!!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 1 - REHABILITACJA FIZYCZNA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[1]](#footnote-1)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca rehabilitację fizyczną** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** *(uzupełnić poprzez wpisanie „x” w odpowiednią kratkę*):  fizjoterapeuty  specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie rehabilitacji fizycznej**[[2]](#footnote-2)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |
| 2 |  | **Osoba wykonująca rehabilitację fizyczną** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** *(uzupełnić poprzez wpisanie „x” w odpowiednią kratkę*):  fizjoterapeuty  specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie rehabilitacji fizycznej**[[3]](#footnote-3)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM!!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 2 - REHABILITACJA METODĄ VOJTY**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[4]](#footnote-4)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca rehabilitację metodą Vojty** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** *(uzupełnić poprzez wpisanie „x” w odpowiednią kratkę*):  fizjoterapeuty  specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej  Posiada ukończony kurs potwierdzony certyfikatem z metody Vojty  TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)*  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie rehabilitacji metodą Vojty**[[5]](#footnote-5)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM !!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 3 - TERAPIA LOGOPEDYCZNA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[6]](#footnote-6)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca terapię logopedyczną** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** **logopedy**  TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)*  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie terapii logopedycznej**[[7]](#footnote-7)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM !!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 4 - terapia ręki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[8]](#footnote-8)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca terapię ręki** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** *(uzupełnić poprzez wpisanie „x” w odpowiednią kratkę*):  fizjoterapeuty  specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej  psychologa  pedagoga  terapeuty zajęciowego  Posiada ukończony kurs/szkolenie potwierdzony certyfikatem z zakresu terapii ręki  TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)*  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie terapii ręki**[[9]](#footnote-9)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM !!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 5 - terapia poznawczo-behawioralna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[10]](#footnote-10)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca terapię poznawczo-behawioralną** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** *(uzupełnić poprzez wpisanie „x” w odpowiednią kratkę*):  psychologa  pedagoga    Posiada kwalifikacje do wykonywania terapii poznawczo-behawioralnej potwierdzone zaświadczeniem  TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)*  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie terapii poznawczo-behawioralnej**[[11]](#footnote-11)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM!!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 6 - terapia sensoryczna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[12]](#footnote-12)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca terapię integracji sensorycznej** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** *(uzupełnić poprzez wpisanie „x” w odpowiednią kratkę*):  fizjoterapeuty  psychologa  pedagoga  Posiada ukończone *(uzupełnić poprzez wpisanie „x” w odpowiednią kratkę*):  studia podyplomowe z zakresu integracji sensorycznej  drugi stopień kursu z zakresu integracji sensorycznej  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie terapii integracji sensorycznej**[[13]](#footnote-13)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM !!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 7 – terapia pedagogiczna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[14]](#footnote-14)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca terapię pedagogiczną** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** **terapeuty pedagogicznego**  TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)*  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie terapii pedagogicznej**[[15]](#footnote-15)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM!!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 8 – terapia psychologiczna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[16]](#footnote-16)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca terapię psychologiczną** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** **psychologa**   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)*  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie terapii psychologicznej**[[17]](#footnote-17)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM !!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 9 - rehabilitacja metodą bobath**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[18]](#footnote-18)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca rehabilitację metodą Bobath** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** *(uzupełnić poprzez wpisanie „x” w odpowiednią kratkę*):  specjalisty w zakresie rehabilitacji medycznej  fizjoterapeuty    Posiada ukończony kurs potwierdzony certyfikatem z metody NDT Bobath  TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)*  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie rehabilitacji metodą Bobath**[[19]](#footnote-19)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Niniejszy formularz składa tylko Wykonawca wezwany przez Zamawiającego**

**!!! DOKUMENT WYPEŁNIĆ – ZAPISAĆ JAKO PDF –   
PODPISAĆ PODPISEM ELEKTRONICZNYM!!!**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PN.: „ŚWIADCZENIE W 2026 ROKU SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI NA PODSTAWIE DECYZJI ADMINISTRACYJNYCH MOPS WĄGROWIEC” –   
dotyczy części nr 10 – terapia neurologopedyczna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Funkcja w realizacji zamówienia** | **Informacja na temat posiadanego wykształcenia/kwalifikacji zawodowych/doświadczenia** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą[[20]](#footnote-20)** |
| 1 |  | **Osoba wykonująca terapię neurologopedyczną** | Posiada **kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu** **neurologopedy**   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)*  Posiada ……….. miesięcy **doświadczenia w zakresie terapii neurologopedycznej**[[21]](#footnote-21)  Posiada co najmniej 3 miesięczne doświadczenie zawodowe w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi zdobyte w jednostkach wskazanych w Rozdziale 4 ust 12 pkt. 1-6 SWZ.   TAK  NIE *(zaznaczyć właściwe)* |  |

1. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

   pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

   podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-1)
2. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

   (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-2)
3. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

   (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-3)
4. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

   pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

   podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-4)
5. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

   (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-5)
6. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

   pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

   podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-6)
7. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

   (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-7)
8. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

   pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

   podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-8)
9. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

   (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-9)
10. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

    pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

    podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-10)
11. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

    (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-11)
12. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

    pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

    podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-12)
13. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

    (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-13)
14. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

    pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

    podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-14)
15. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

    (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-15)
16. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

    pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

    podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-16)
17. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

    (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-17)
18. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

    pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

    podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-18)
19. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

    (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-19)
20. (**dysponowanie bezpośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę bezpośrednio z osobą skierowaną do realizacji zamówienia np. umowa o

    pracę/umowa o dzieło, umowa zlecenie/B2B, lub **dysponowanie pośrednie** tj. relacja łącząca Wykonawcę z innym podmiotem, który to

    podmiot udostępnia wykonawcy osobę do realizacji zamówienia np. umowa o współpracy, zobowiązanie itd.) [↑](#footnote-ref-20)
21. Doświadczenie (ilość miesięcy) musi być tożsame z doświadczeniem tej osoby zawarte w formularzu oferty

    (jeśli zostało wskazane na potrzeby kryterium oceny ofert) [↑](#footnote-ref-21)