Nr sprawy:OPS.ZP.26.3.2025 Załącznik nr 6 do SWZ

…………………………………………………….

(pieczęć z nazwą i adresem Wykonawcy)

# Wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie lub będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i wykształcenia niezbędnego do wykonania zamówienia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwisko i imię | Kwalifikacje do wykonywania  zawodu, wykształcenie: | Forma zaangażowania do realizacji zadania |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczam, że:**

wymienione w wykazie osoby, świadczące usługi posiadają kwalifikacje zawodowe oraz legitymują się aktualnym orzeczeniem lekarskim dopuszczającym do wykonywania pracy przy czynnościach wymagających bezpośredniego kontaktu z żywnością.

…………………………………, dnia ……………… r.

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

(podpis i pieczęć osoby(ób) uprawnionej(ych)

do reprezentowania