Załącznik nr 7 do SWZ

................................................................................... …................................., dnia ….................... 2025 r.

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB DO PUNKTACJI**

Składany do zadania

**Świadczenie indywidualnej usługi transportowej door-to-door Uczestnikom Projektu w ramach projektu pn. „Utworzenie Centrum Usług Społecznych w Gminie Michałów”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| 1 | ………….. ………….. | **Kierowca** | Osoba, która posiada co najmniej **10-letni staż pracy** na stanowisku **kierowcy**, **w tym doświadczenie w przewozie osób pojazdem przeznaczonym do przewozu osób powyżej 9 osób w ilości ………… lat (należy wskazać ilość).**  (w przypadku braku wskazania **przyjmuje się 5-letnie doświadczenie w przewozie osób pojazdem przeznaczonym do przewozu osób powyżej 9 osób).** | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |

\* niepotrzebne skreślić (jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno-prawnej pozostawiamy **własne**)