Załącznik nr 7 do SWZ

................................................................................... …................................., dnia ….................... 2026 r.

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB DO PUNKTACJI**

Składany do zadania

**Świadczenie usług rehabilitacji/fizjoterapii dla mieszkańców Gminy Zagnańsk w ramach projektu pn.:   
„CUS w Zagnańsku - nowe możliwości dla mieszkańców!”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| 1 | ………….. ………….. | **Fizjoterapeuta / Rehabilitant** | Osoba z doświadczeniem i wykształceniem wskazanym w opisie przedmiotu zamówienia, która posiada **…………………** (należy wskazać ilość) letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie fizjoterapeuty / rehabilitanta.  (w przypadku braku wskazania przyjmuje 2- letnie doświadczenie zawodowe w zawodzie fizjoterapeuty / rehabilitanta). | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |

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