**Załącznik nr 6 do Zapytania ofertowego nr 3/93/2025/ZO**

…………………………………………….

(miejscowość, data)

……………………….………………..

Nazwa/imię i nazwisko Wykonawcy

*…………………………………..…….*

Adres Wykonawcy

*…………………………………..…….*

NIP Wykonawcy

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, wraz z informacjami na temat ich doświadczenia zawodowego:

**WYKAZ OSÓB – CZĘŚĆ I (wypełnić jeśli dotyczy)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Numer dokumentu PWZ** | **Doświadczenie**  **(należy wykazać okres oraz gdzie zostało nabyte)\*** | **Podstawa do dysponowania osobą\*** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

**WYKAZ OSÓB – CZĘŚĆ II (wypełnić jeśli dotyczy)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Numer dokumentu PWZ** | **Doświadczenie**  **(należy wykazać okres oraz gdzie zostało nabyte)\*** | **Podstawa do dysponowania osobą\*** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |

*\* Zamawiający przed podpisaniem umowy może żądać od Wykonawcy przedstawienia stosownych dokumentów potwierdzających doświadczenie lekarza (np.: cv, kopie umów, świadectwa pracy) oraz podstawy do dysponowania osobą np. umowa, oświadczenie o współpracy, oświadczenie o osobistej realizacji zamówienia).*

………………………………

Podpis Wykonawcy