### Załącznik nr 6 do SWZ

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykonawca**: | …………………………………………………………………………………………..  [nazwa, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG] |
| reprezentowany przez: | …………………………………………………………………………………………..  [imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji] |

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB** |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zamówienia: | Świadczenie usług żywienia pacjentów Ostrzeszowskiego Centrum Zdrowia wraz z transportem posiłków. |
| Numer referencyjny: | OCZ/ZP-10/2024 |

oświadczam(y), że do realizacji niniejszego zamówienia publicznego skierowane zostaną przez Wykonawcę następujące osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Imię i Nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności w realizacji zamówienia** | **Informacje dotyczące kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami** |
|  |  | Dietetyk |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *.......................................................*  [data] | *..........................................................................................................................................................................*  [kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub elektroniczny podpis osobisty osoby / osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy] |