**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Dotyczy postępowania:** **WIZiF.271.46.2021 pn.: „Świadczenie usług w zakresie sterylizacji   
i kastracji oraz elektronicznego znakowania zwierząt właścicielskich uprawnionych do dofinansowania, pochodzących z terenu Gminy Stare Babice.”**

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ**

**DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

Osoba przewidywane do realizacji niniejszego zamówienia:

**Lekarz weterynarii**

1. Nazwisko, imię: ……………………………………………………………………………………………….
2. Informacja na temat kwalifikacji zawodowych (podać ilość lat praktyki po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii):

………………………………………………………………………………………………………………….

1. Informacja na temat doświadczenia (podać, dla kogo i w jakich latach były wykonywane usługi):

Kastracja: ……………………………………………………………………………………………………

Sterylizacja: …………………………………………………………………………………………………

Elektroniczne znakowanie zwierząt: …………………………………………………………………………

Usypianie zwierząt: …………………………………………………………………………………………

1. Oświadczenie o posiadaniu wymaganych przez Zamawiającego uprawnień zawodowych:

Oświadczamy, że p. ……………………………….… posiada dyplom lekarza weterynarii oraz uzyskał prawo wykonywania zawodu lekarza weterynarii *(wskazać dokument oraz jego datę)*: ………

………………………………………………………………………………………………………………..

1. Informacja o podstawie do dysponowania tą osobą:

………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………… ………………………………………..

/miejscowość i data/ /podpis Wykonawcy/

UWAGA! Dokument musi być podpisany przez osoby uprawnione do reprezentacji Wykonawcy za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego/podpisu zaufanego/elektronicznego podpisu osobistego.