*załącznik nr 2*

*do Zapytania ofertowego*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE UCZESTNICZYĆ BĘDĄ W WYKONANIU ZAMOWIENIA**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia na zadanie pn.:

**Świadczenie usług indywidualnej rehabilitacji dla uczestników projektu „Rozwój usług społecznych na terenie Gminy Czarna Dąbrówka”**

oświadczamy, że następujące osoby będą uczestniczyć w realizacji niniejszego zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko**  **fizjoterapeuty** | **Kwalifikacje zawodowe/ Wykształcenie** | **Informacja  o podstawie do dysponowania osobami, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**  (umowa o pracę, umowa zlecenie, oświadczenie, inne – np. osobiste świadczenie) |
|  |  |  |  |

**Uwaga: Załączyć kopie dokumentów o posiadanych kwalifikacjach/ wykształceniu/doświadczeniu**

…………..….………………………….

Pieczęć i podpis Wykonawcy

……………………, dnia………….2021 r.