Załącznik nr 9 SWZ

Znak sprawy: **01/TP/2024**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………….............

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

*(Pełna nazwa Wykonawcy, adres, ulica)*

#### WYKAZ OSÓB DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Wykaz osób Wykonawcy oddelegowanych w celu wykonania zamówienia publicznego wraz z informacją o podstawie dysponowania tymi zasobami.

**Wykonawca musi dysponować:**

Osoba pełniąca funkcję dietetyka

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje (poziom wykształcenia)** | **Doświadczenie (staż pracy na stanowisku)** |
| 1 |  |  | (minimum 5 lat) |
| 2\* |  |  |  |

\* Wykonawca musi wykazać osoby, które wykonawca zatrudni do realizacji zamówienia na stanowisku dietetyk. Ocenie nie będzie podlegać staż pracy przy zaoferowaniu liczby osób większej niż 2.d

Osoby pełniące funkcję kucharza

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje (poziom wykształcenia)** | **Doświadczenie (staż pracy na stanowisku)** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 §1 k.k.