Załącznik nr 9 SWZ

Znak sprawy: **03/PN/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:**

Osoby pełniące funkcję kucharza

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

Osoba pełniąca funkcję dietetyka

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Liczba osób** | **Powierzone stanowiska** **(zakres prac)** | **Doświadczenie (m-ce)** | **Doświadczenie w  żywieniu pacjentów szpitala co najmniej 12 m-cy** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

\* 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

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