**Załącznik nr 7 do zapytania ofertowego**

........................................................

Nazwa i adres Wykonawcy

....................................................

Miejscowość, data

**WYKAZ OSÓB,**

**KTÓRYMI DYSPONUJE WYKONAWCA I KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ**

**W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

spełniających wymagania określone w zał. Nr 4 do zapytania ofertowego

**Oświadczam(y), że do realizacji niniejszego zamówienia publicznego skierowane zostaną następujące osoby:**

**WYKAZ OSÓB**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Świadczenie usług z zakresu terapii metodą Integracji Sensorycznej** | | |
|  | **L.p.** | **Doradca** |
| **1** | **Imię i nazwisko** |  |
| **2** | Informacja nt. wykształcenia i doświadczenia zawodowego |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Świadczenie usług z zakresu terapii metodą Integracji Sensorycznej** | | |
|  | **L.p.** | **Doradca** |
| **1** | **Imię i nazwisko** |  |
| **2** | Informacja nt. wykształcenia i doświadczenia zawodowego |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Świadczenie usług z zakresu terapii metodą Integracji Sensorycznej** | | |
|  | **L.p.** | **Doradca** |
| **1** | **Imię i nazwisko** |  |
| **2** | Informacja nt. wykształcenia i doświadczenia zawodowego |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Świadczenie usług z zakresu terapii metodą Integracji Sensorycznej** | | |
|  | **L.p.** | **Doradca** |
| **1** | **Imię i nazwisko** |  |
| **2** | Informacja nt. wykształcenia i doświadczenia zawodowego |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *……………………………………*  *(miejscowość i data)* | *……………………………………………*  *(podpis osób(-y) uprawnionej*  *do składania oświadczenia*  *woli w imieniu wykonawcy)* |