**IPR. 272.1.51.2018 Załącznik nr 2**

**Zamawiający:**

**Powiat Łęczyński**

**Aleja Jana Pawła II 95A, 21-010 Łęczna**

**Wykonawca:** …………………………………..………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez: ………………………………….………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB,**

**KTÓRYMI DYSPONUJE WYKONAWCA I KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ**

**W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

spełniających wymagania określone zapytaniu ofertowym w rozdziale IV Opis przedmiotu zamówienia

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

**WYKAZ OSÓB**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specjalistyczne usługi doradcze w zakresie dietetyki ds. osób z niepełnosprawnością** | | |
|  | **L.p.** | **Doradca** |
| **1** | **Imię i nazwisko** |  |
| **2** | Informacja nt. wykształcenia i doświadczenia zawodowego |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specjalistyczne usługi doradcze w zakresie psychoterapeuty ds. osób z niepełnosprawnością** | | |
|  | **L.p.** | **Doradca** |
| **1** | **Imię i nazwisko** |  |
| **2** | Informacja nt. wykształcenia i doświadczenia zawodowego |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specjalistyczne usługi doradcze w zakresie seksuologa ds. osób z niepełnosprawnością** | | |
|  | **L.p.** | **Doradca** |
| **1** | **Imię i nazwisko** |  |
| **2** | Informacja nt. wykształcenia i doświadczenia zawodowego |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Specjalistyczne usługi doradcze w zakresie pschiatry ds. osób z niepełnosprawnością** | | |
|  | **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)* |