*Zał. nr 5 do SWZ Og.271.TP.10.2023*

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Gmina Rogowo**

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej

Rogowo 51

87-515 Rogowo

NIP: 8921429788

**WYKONAWCA:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy:**  ***(lub Wykonawców występujących wspólnie)*** |  |
| **Adres Wykonawcy*:***  ***(miejscowość, kod, ulica, numer lokalu):*** |  |
| **NIP:**  **REGON:** |  |

**WYKAZ OSÓB**

**spełniających wymagania wskazane §13 SWZ**

**dot. – części nr 1 Usługi fizjoterapeuty na potrzeby Dziennego Domu Pobytu w Starym Kobrzyńcu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Uprawnienia** | **Doświadczenie** | **Wykształcenie** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |

***Dokument musi być opatrzony przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy kwalifikowanym podpisem elektronicznym, profilem zaufanym lub podpisem osobistym.***