Załącznik Nr 3

do *Zapytania ofertowego*

SP ZOZ/DZ/65/2023

**Nazwa Wykonawcy:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

siedziba/miejsce prowadzenia działalności gospodarczej/miejsce zamieszkania:

ulica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_kod, miasto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OSOBA UPRAWNIONA / UPOWAŻNIONA ¹ DO REPREZENTOWANIA WYKONAWCY, podpisująca dokument

(w przypadku oferty wspólnej - dane Pełnomocnika):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

WYKAZ OSÓB

potwierdzający spełnienie warunku udziału w postępowaniu pn.: **„****Przeprowadzenie szkoleń dla pracowników SP ZOZ w Myszkowie w ramach projektu „Poprawa ergonomii pracy personelu SP ZOZ w Myszkowie”** wskazanego w Rozdziale IV pkt 2 Zapytanie ofertowego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **imię i nazwisko** | **Posiadana zdolność zawodowa**osoba/y będąca/e absolwentem kierunków medycznych lub kierunku zdrowie publiczne lub równoważnego | **podstawa dysponowania osobą \*** |
| **1.** |  | *Wykształcenie ………………….……….**…………………………………………..**Kierunek ……………………………….**……………………………………………* |  |
| **2.** |  | *Wykształcenie ………………….……….**…………………………………………..**Kierunek ……………………………….**……………………………………………* |  |

*\*np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna – zasoby własne Wykonawcy*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 ***(miejscowość i data)* *(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)***