**ZAŁĄCZNIK NR 4 DO SWZ**

WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA

**w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | Kwalifikacje zawodowe, doświadczenie i wykształcenie, zakres wykonywanych czynności | **Podstawa dysponowania osobą – podmiotem** |
|  |  |  |

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

*Opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym*