**Załącznik nr 7 do SWZ**

**Wykonawca**

*(pełna nazwa/firma, adres,*

*w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

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

**WYKAZ OSÓB
SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

Przedmiot zamówienia:

**„****Świadczenie usług przewozowych osób z niepełnosprawnościami - uczestników WTZ Somonino w okresie od 02.01.2023 r do 31.12.2023 r.”**

Nazwa wykonawcy .................................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data .....................

Wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, kontrolę jakości wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Wiek | Kwalifikacje zawodowe/uprawnienia/wykształcenie | Zakres wykonywanych czynności | Doświadczenie zawodowe (w latach) | Info. o podstawie dysponowania  |
| I | II | III | IV | V | VI | VII |
| 1. |  |  |  |  kierowca |  |  |
| 2. |  |  |  |  kierowca |  |  |
| 3. |  |  |  | kierowca |  |  |

\*niepotrzebne skreślić.

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

(data i czytelny podpis wykonawcy)

 *pieczątka/pieczątki*