**Załącznik nr 5 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

Pełna nazwa Wykonawcy: ............................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: .......................................................................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Rola w realizacji zamówienia | Kwalifikacje zawodowe uprawnienia wykształcenie | Podstawa dysponowania |
|  |  | Opieka weterynaryjna |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia, o ile przepisy prawa nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień. ( zakres uprawnień został określony w SWZ)

**UWAGA! – Nie należy składać wraz z ofertą (należy złożyć na wezwanie Zamawiającego). Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym.**