Załącznik nr 6 do SWZ

*Znak sprawy: 4/ZP/PN/2024*

….....................................................

 (pieczęć adresowa Wykonawcy)

**WYKAZ OSÓB REALIZUJĄCYCH ZAMÓWIENIE**

**na „Świadczenie usług gastronomicznych dla pacjentów Szpitala w Złotoryi i Ośrodka w Legnicy, wraz z dzierżawą pomieszczeń kuchennych”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoby skierowane do realizacji zamówienia (Imię i nazwisko) | Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie[w latach]  | Zakreswykonywanychczynności/Funkcja | Podstawa dysponowania osobami\* |
| **DIETETYK** |
|  | Projektant główny posiadający:* uprawnienia do sporządzania jadłospisów w placówkach medycznych
* **.................. letnie** doświadczenie zawodowe w układaniu jadłospisów po uzyskaniu uprawnień;
 |  |  |
| **KIEROWNIK KUCHNI** |
|  | Kierownik kuchni posiadający:* uprawnienia do kierowania kuchnią
* **.................. letnie** doświadczenie zawodowe w kierowaniu kuchnią
 |  |  |
| **PEROSNEL KUCHNI** |
|  | Kucharz posiadający:* uprawnienia
 |  |  |
|  | Pomoc kuchenna: |  |  |

**\***Należy określić podstawę do dysponowania wskazaną osoba, np. pracownik własny (umowa o pracę), umowa zlecenie, umowa o dzieło, pracownik oddany do dyspozycji przez inny podmiot.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………… r. ….……………………………

 *(Podpis osób uprawnionych*

 *do reprezentowania Wykonawcy)*