**Załącznik nr 7 do siwz**

**Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

**potwierdzenie spełnienia warunku określonego w pkt 6.4 siwz**

**zamówienie na Usługę Ośrodka Kompleksowej Rehabilitacji**

część zamówienia:…………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Funkcja** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje** | **Podstawa dysponowania\*** |
| 1. | doradca zawodowy |  | *wykształcenie:…………*  *doświadczenie:……………….* |  |
| 2. | pośrednik pracy |  | *wykształcenie:…………*  *doświadczenie:……………….* |  |
| 3. | psycholog |  | *wykształcenie:…………*  *doświadczenie:……………….* |  |
| 4. | lekarz specjalista |  | *wykształcenie:…………*  *doświadczenie:……………….* |  |
| 5. | fizjoterapeuta |  | *wykształcenie:…………*  *doświadczenie:……………….* |  |
| 6. | specjalista ds. zarządzania rehabilitacją |  | *wykształcenie:…………*  *doświadczenie:……………….* |  |
| 7. | specjalista ds. obsługi pilotażu oraz monitorowania postępów uczestników |  | *wykształcenie:…………*  *doświadczenie:……………….* |  |

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

*(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

**Uwaga: w przypadku składania oferty na więcej niż 1 część zamówienia należy powtórzyć tabelę   
i zaznaczyć, której części ona dotyczy**