Załącznik Nr 4

**ZAMAWIAJĄCY:**

Powiat Dębicki

ul. Parkowa 28

39-200 Dębica

NIP 8722128819

Nazwa zamówienia: „Przeprowadzenie diagnozy cyberbezpieczeństwa w Starostwie Powiatowym w Dębicy”

**WYKAZ OSÓB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe(zakres, nr uprawnień, data wydania) | Doświadczenie zawodowe | Informacja o podstawie dysponowania  |
| 1. |  |  |  | Dysponuję\* na podstawie umowy o pracę/ zlecenia/ dzieło/ inny ………………………………………\*/ Będę dysponował\* na podstawie umowy o pracę/zlecenia/dzieło/inny ………………………………………\*/ |
| … |  |  |  |  |

Do powyższego wykazu dołączam następujące dokumenty potwierdzające, że wskazane osoby, które będą wykonywać zamówienie posiadają stosowne uprawnienia:

1. ………………………………………………………………….
2. …………………………………………………………………
3. …………………………………………………………………
4. …………………………………………………………………

*\*niepotrzebne skreślić*

Data …………………………… ……………………..…………… (pieczęć i podpis Wykonawcy)