



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



.....  
(nazwa Wykonawcy)

**Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia  
potwierdzenie spełnienia warunku określonego w  
punkcie V.3.3.d SWZ**

Lp.	Funkcja	Imię i nazwisko	Kwalifikacje	Podstawa dysponowania*
1.	Doradca zawodowy		wykształcenie:..... doświadczenie:.....	
2.	Pośrednik pracy		wykształcenie:..... doświadczenie:.....	
3.	Psycholog kliniczny		wykształcenie:..... doświadczenie:.....	
4.	Lekarz specjalista w zakresie psychiatrii		wykształcenie:..... doświadczenie:.....	
5.	Lekarz specjalista w zakresie rehabilitacji lub rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej lub rehabilitacji medycznej		wykształcenie:..... doświadczenie:.....	



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



6.	Fizjoterapeuta		wykształcenie:..... doświadczenie:.....	
7.	Specjalista ds. zarządzania rehabilitacją		wykształcenie:..... doświadczenie:.....	
8.	Kierownik ORKZP		wykształcenie:..... doświadczenie:.....	

Proszę podać informacje o **doświadczeniu** każdej z osób pozwalające na ocenę spełnienia warunku określonego w pkt V.3.3. lit d), w tym okresy wykonywania działalności, miejsce wykonywania, rodzaj wykonywanych czynności.

.....  
(podpis osoby uprawnionej  
do reprezentacji Wykonawcy)