**WYKAZ OSÓB**

Gmina Miasto Augustów

ul. Młyńska 35, 16-300 Augustów

NIP 846-15-29-116

REGON 790670817

strona: [http://bip.um.augustow.pl](http://bip.um.augustow.pl/)

e-mail: zp@urzad.augustow.pl

Wykonawca:

………………………………

 *(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

………………………………

 *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia pn.:**

**„Świadczenie usług polegających na przeprowadzaniu badań przez biegłych sądowych (lekarza psychiatrę i psychologa lub lekarza psychiatrę i specjalistę psychoterapii uzależnień – każdy w zakresie swojej specjalności) oraz wydania przez nich wspólnej pisemnej opinii w przedmiocie uzależnienia od alkoholu u osób wskazanych przez Zamawiającego na potrzeby Miejskiej Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych w Augustowie w miejscu udostępnionym i wskazanym przez Wykonawcę”.**

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i uprawnień niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe: numer uprawnień specjalność**/**zakres uprawnień (zgodnie z treścią decyzji nadającej uprawnienia) | Podstawa dysponowania(zasób własny / zasób udostępniony) |
| *1.* |  |  |  |
| *2.* |  |  |  |
| *3.* |  |  |  |

Potwierdzenie posiadanych przez podane w wykazie osoby kwalifikacji Wykonawca zobowiązany jest dostarczyć wraz z ofertą.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis lub podpis i pieczątka z imieniem i nazwiskiem)