|  |  |
| --- | --- |
| logo-SW | **Zakład Karny w Kamińsku**  11-220 Górowo Iławeckie, Kamińsk, ul. Obrońców Westerplatte 1  tel. 89 761 74 00, fax 89 761 70 77, email: zk\_kaminsk@sw.gov.pl |

**ZAŁĄCZNIK NR 3** **/II/2024**

…………………………… …………………………………

( pieczęć Wykonawcy) ( miejscowość i data)

**Wykaz osób uczestniczących w realizacji przedmiotu zamówienia**

Przystępując do postępowania, którego przedmiotem jest przeprowadzenie kursu

dla osadzonych o profilu zawodowym **Opiekun osób chorych, starszych i niepełnosprawnych** w Zakładzie Karnym w Kamińsku

**oświadczamy,**

że w wykonywaniu zamówienia będą uczestniczyć następujące osoby:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** | **Doświadczenie**  **zawodowe** | **Posiadane kwalifikacje** | **Zakres powierzonych czynności** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Oświadczamy, że:**

- dysponujemy osobami wymienionymi w poz.……………………… wykazu;

- nie dysponujemy osobami wymienionymi w poz.……………………… wykazu, lecz polegając na osobach zdolnych wykonania zamówienia innych podmiotów, będziemy dysponować tymi osobami, na potwierdzenie , czego załączamy pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania nam do dyspozycji tych osób na okres ich udziału w wykonywaniu zamówienia, zawierające także listę osób, które zostaną nam udostępnione;

- następujące podmioty za pomocą, których wykazujemy spełnianie warunku dysponujemy osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia, będą brały udział w realizacji części zamówienia:

a……………………………………………

b……………………………………………

c……………………………………………

…………………………………………………………

Podpis i pieczątka osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

\*niepotrzebne skreślić