|  |  |
| --- | --- |
|  | **Areszt Śledczy w Olsztynie**  10-575 Olsztyn, Al. J. Piłsudskiego 3  tel. 89 524 86 00, fax 89 541 25 44, email: as\_olsztyn@sw.gov.pl |

**ZAŁĄCZNIK NR 3**

…………………………… ……………………………… ( 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**

**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………………………………………………………………

……………………………………………………………  
 Podpis i pieczątka osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

\*niepotrzebne skreślić