

Załącznik Nr 4 do SWZ

Znak sprawy: FE.613.15.2024

*Niniejsze oświadczenie składane jest na wezwanie Zamawiającego tylko przez Wykonawcę,
którego oferta zostanie najwyżej oceniona*

**Szkolenie dla opiekunów osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w
miejscu zamieszkania****Wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia
wraz z podaniem ich kwalifikacji i doświadczenia**

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe, wykształcenie i doświadczenie – zawarte tu informacje muszą jednoznacznie potwierdzać spełnienie wymagań określonych w Rozdziale III do ZO	Doświadczenie specjalisty (pielęgniarki) skierowanego do wykonania zamówienia (podać liczbę miesięcy)
1			
2			

Informacje zawarte w niniejszym załączniku są zgodne ze stanem faktycznym. Na żądanie Zamawiającego zobowiązuję się przedłożyć spseudonimizowane kopie dokumentów w zakresie wskazanym w tabeli.