Dane Wykonawcy:

………………………………..

………………………………..

………………………………..

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZADANIA**

**w części nr : ……………………….…..**

Nazwa zamówienia:**Kompleksowa organizacja usług szkoleniowych dla przedstawicieli Instytucji zajmujących się przeciwdziałaniem przemocy w województwie opolskim.**

Dysponuję/Dysponujemy lub będę/będziemy dysponować następującymi osobami, które będą wykonywać zamówienie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie wyższe w zakresie/kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie opisać – zgodnie z treścią oferty i wymaganiami w SWZ** | **Zakres wykonywanych czynności (zakres tematyczny realizacji zamówienia zgodnie z Wytycznymi w danej części/temacie)** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą**  **Umowa zlecenie/o pracę/osobiste świadczenie** |
| 1 | Trener: ……………………………. |  |  |  |  |
| 2 | Trener bloku prawnego *(jeżeli dotyczy): ……………………….* |  |  |  |  |

**Uwaga: w przypadku korzystania z potencjału osobowego podmiotu trzeciego należy dołączyć** **pisemne zobowiązanie tego podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.   
W przypadku prowadzenia przez te osoby samodzielnej działalności należy do oferty dołączyć pisemne zobowiązanie tych osób do podjęcia się pełnienia określonej funkcji w okresie wykonywania przedmiotu niniejszego zamówienia.**

…………….……., dnia ………….……. r.

….………………………………………

(podpis osób uprawnionych

do reprezentowania Wykonawcy)

***Informacja dla wykonawcy:***

*Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy* ***kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowodem).***