

Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego nr MZ/FAMI/02 z dnia 31.03.2025r. w ramach projektu „Wspólnie do niezależności” dla Polskiego Czerwonego Krzyża Mazowieckiego Oddziału Okręgowego

.....
(miejscowość, data)

WYKONAWCA:

.....

.....

(nazwa albo imię i nazwisko, siedziba albo miejsce zamieszkania, jeżeli jest miejscem wykonywania działalności wykonawcy lub nazwy albo imiona i nazwiska, siedziby albo miejsca zamieszkania, jeżeli są miejscami wykonywania działalności wykonawców)

WYKAZ OSÓB

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji przedmiotu zamówienia (dokument składany w celu potwierdzenia spełnienia przez Wykonawcę warunku udziału opisanego w pkt. III ppkt. 1 lit. c

Lp.	Imię i nazwisko	Zakres powierzonych czynności	Opis posiadanego wykształcenia i doświadczenia	Personel własny/ Personel, którym Wykonawca będzie dysponował*- wpisać poniżej odpowiednio
1.				
2.				
3.				

*) w przypadku wpisania „będzie dysponował” należy przedłożyć zobowiązanie w formie wymaganej dla złożenia Oferty (zgodnie z pkt III ppkt 1 lit. c Zapytania ofertowego) innych podmiotów do oddania personelu do dyspozycji Wykonawcy.

.....
Podpis osoby uprawnionej