

Załącznik Nr 2 do Zapytania Ofertowego nr K/U/8/2020

.....
.....
.....

Wykaz osób, które będą wykonywały przedmiot zamówienia

w postępowaniu nr K/U/8/2020

na realizację usług zdrowotnych i doradczych w ramach projektu „NOWA JAKOŚĆ CODZIENNOŚCI, rozwój usług społecznych w regionie świętokrzyskim: wsparcie środowiskowe osób niesamodzielných i niepełnosprawnych, rodzinne domy pomocy i mieszkalnictwo wspomagane”

Część A- wypełnia Podmiot spełniający kryterium klauzul/aspektów społecznych

Poz.	Imię i nazwisko	Opis kwalifikacji zawodowych i doświadczenia (odnośnie pkt. 6.1.2)	Wskazanie warunku o którym mowa w pkt. 6.1.3 ppkt. 2 Zapytania ofertowego – jeżeli dotyczy
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

....., dnia.....

.....
*Podpis lub podpis wraz z pieczętką firmy/institucji,
którą reprezentuje wykonawca*

Część B – wypełnia Podmiot niespełniający kryterium klauzul/aspektów społecznych

- 1) Oświadczam, że nie spełniam kryterium klauzul/aspektów społecznych, o których mowa w pkt. 6.1.3 Zapytania Ofertowego nr K/U/8/2020

....., dnia.....

.....
*Podpis lub podpis wraz z pieczętką firmy/instytucji,
którą reprezentuje wykonawca*