**Załącznik nr 5**

Działoszyce, dnia ……………..

 **Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**WYKAZ OSÓB**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych
i doświadczenia:**

Oświadczam, że dysponuje osobami zdolnymi do realizacji zamówienia, które posiadają niezbędną wiedzę
i doświadczenie\* tj.: **z zakresu fizjoterapii lub/i terapeuta z zakresu medycyny manualnej lekarz z ukończonym kursem szkoleniem z zakresu klawiterapii, posiadający wykształcenie wyższe kierunkowe związane z przedmiotem zamówienia oraz min. 4 letnie doświadczenie w pracy z pacjentami ortopedycznymi, neurologicznymi, geriatrycznymi, będący wykwalifikowanym specjalistą z min. 4 letnim doświadczeniem w urazach narządów ruchu oraz dysfunkcjami / zwyrodnieniami spowodowanymi m.in. chorobami zawodowymi z zakresu związanego z przedmiotem zamówienia w wymiarze min. 200 godz. lub co najmniej roczne doświadczenie pracy w zawodzie związanym z tematyką zajęć w okresie ostatnich 2 lat przed upływem terminu składania ofert.**

\***należy dołączyć kserokopię dyplomów/u osób/osoby planowanych do realizacji przedmiotu zamówienia w celu potwierdzenia posiadania niezbędnych kwalifikacji/kompetencji/uprawnień przez fizjoterapeutę lub/i terapeuta z zakresu medycyny manualnej lub lekarza z ukończonym kursem /szkoleniem z zakresu klawiterapii lub pinoterapii.**

|  |
| --- |
| **……………………………………………………………………………….……………….……………………………………….………………………………………………………………****Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji niniejszego zamówienia** Podstawa dysponowania osobą (własne/oddane do dyspozycji **)…………………………………………………………** |
| 1. | **Wykształcenie:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 2. | **Opis doświadczenia Zawodowego ww. osoby** z uwzględnieniem wymaganych informacji…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| 3. | Doświadczenie w przeprowadzeniu **min. 200 godzin, zgodnych z przedmiotem zamówienia.****Nazwa i zakres zajęć**…………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Termin zajęć………...……………………..……………………………………………………………………………………………….Ilość godzin ……………………………………………………………………………………………………………………………………**Nazwa i zakres zajęć**……………………………………………………………………………………………………………………..Termin zajęć………...……………………..………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..Ilość godzin ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**Nazwa i zakres zajęć**…………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….Termin zajęć………...……………………..……………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………Ilość godzin …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

Jeżeli Wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilnoprawnej pozostawiamy własne.

 …………………………………………………………………………………………

 podpisy Wykonawcy lub osób uprawnionych

 do reprezentowania Wykonawcy

\* niepotrzebne skreślić

Jeżeli Wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilnoprawnej pozostawiamy własne.

 …………………..…………………………………………………………………………

podpisy Wykonawcy lub osób uprawnionych

 do reprezentowania Wykonawcy