

Załącznik nr 9 do SWZ

Znak sprawy: DZP.26.6.2025

………………………..

*nazwa i adres Wykonawcy*

………………………..

*miejscowość, data*

**WYKAZ OSÓB**

**(zgodnie z wymaganiami opisanymi w Rodz. V ust. 1 pkt 4) ppkt b) SWZ)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcja w ramach niniejszego zamówienia** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie**  | **Doświadczenie na wymaganym stanowisku (podać w latach)** | **Podstawa dysponowania osobą** |
| **1.** | **Dietetyk** |  |  |  |  |

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

 *(podpis i pieczęć osoby uprawnionej*

*do reprezentacji Wykonawcy)*