Załącznik 9

**WYKAZ OSÓB**

Nazwa wykonawcy ...............................................................................................

Adres wykonawcy .................................................................................................

Miejscowość ................................................ Data ................................................

*Wykaz osób potwierdzający zatrudnienie dietetyka, lub technologa żywienia zbiorowego*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Informacja dot. kwalifikacji zawodowych\* | Zakres wykonywanych czynności  | Informacja o podstawie dysponowania tymi osobami\*\* |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

***Uwagi:***

\*należy krótko opisać poziom wykształcenia / posiadanych przez wskazaną osobę kwalifikacji wymaganych w rozdziale VII pkt. 1 f) SWZ.

\*\*należy wpisać odpowiednio: umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło.

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

data i czytelny podpis wykonawcy