**ZAŁACZNIK NR 7**

**Zamawiający:**

**Miasto Orzesze**

**Ul. Św. Wawrzyńca 21**

**43-180 Orzesze**

**Wykonawca:**

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

**WYKAZ OSÓB**

dotyczy postepowania:

**„Dowóz uczniów niepełnosprawnych do placówek oświatowych”**

Wykaz osób wymagany jest w celu potwierdzenia warunku określonego w specyfikacji istotnych warunków zamówienia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Imię i nazwisko** | **Opis posiadanych**  **uprawnień,**  **kwalifikacji, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia** | **Zakres**  **wykonywanych**  **czynności**  **w zamówieniu** | **Informacja o podstawie dysponowania tymi osobami)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

…………………………………………

*(podpis)*