Załącznik nr 3

W związku z realizacją zadania będącego częścią projektu:

„Symbiosis – ochrona ex-situ gatunków zagrożonych i edukacja ekologiczna w działalności polskich ośrodków rehabilitacji zwierząt – wzmocnienie potencjału sieci ośrodków na Warmii i Mazurach”

## Fundacja Albatros Bukwałd 45a, 11-001 Dywity, KRS 0000263522, NIP 7393574717, REGON 280150768, info@falbatros.pl, 664 173 828, 664 950 458 publikuje:

**WYKAZ OSÓB**

**na „Opieka lekarsko - weterynaryjna”**

## Znak sprawy: 10/ZO/2019

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zarejestrowana Wykonawcy |  |
| Siedziba Wykonawcy |  |
| Adres do korespondencji |  |
| KRS |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Tel.  |  |
| Fax. |  |
| Adres strony internetowej |  |
| E-mail |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 10/ZO/2019 którego przedmiotem zamówienia jest: „Opieka lekarsko - weterynaryjna”, celem potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu w zakresie posiadania kompetencji lub uprawnień do prowadzenia określonej działalności zawodowej oraz zdolności technicznej lub zawodowej Wykonawców, składam/y wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia publicznego:

|  |
| --- |
| 1 osoba  |
| Imię i nazwisko  |  |
| Kwalifikacje zawodowe  |  |
| Uprawnienia  |  |
| Doświadczenie |  |
| Wykształcenie |  |
| Zakres wykonywanych czynności  |  |
| Informacja o podstawie do dysponowania tą osobą  |  |

|  |
| --- |
| 2 osoba  |
| Imię i nazwisko  |  |
| Kwalifikacje zawodowe  |  |
| Uprawnienia  |  |
| Doświadczenie |  |
| Wykształcenie |  |
| Zakres wykonywanych czynności  |  |
| Informacja o podstawie do dysponowania tą osobą  |  |

 Itd.

***Uwaga****, ww. tabeli Wykonawca musi przedstawić Zamawiającemu, iż ten posiada uprawienia do wykonywania zawodu lekarza weterynarii oraz wykaże posiadanie min. 5 letniego stażu pracy ze zwierzętami wolnożyjącymi.*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w ww. oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………………………………………………………………………………………

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy