Załącznik nr 4 Bukwałd, dn. 06.06.2017 r.

## Fundacja Albatros

## Bukwałd 45a

## 11-001 Dywity

## KRS 0000263522

## NIP 7393574717

## REGON 280150768

## Warmiński Bank Spółdzielczy w Jonkowie

## filia w Dywitach

## NRB: 71 8857 0002 3011 0156 6309 0001

## info@falbatros.pl

## +48 664 173 828

## publikuje

**OFERTĘ WYKONAWCY**

**na „Opieka lekarsko - weterynaryjna w Ośrodku Rehabilitacji Ptaków Dzikich w Bukwałdzie”**

## Znak sprawy: 1/ZO/2017

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”

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zarejestrowana Wykonawcy: |  |
| Siedziba Wykonawcy: |  |
| Adres do korespondencji: |  |
| KRS  *jeżeli dotyczy* |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Tel. |  |
| Fax. |  |
| Adres strony internetowej:  *(jeśli Wykonawca posiada)* |  |
| E-mail: |  |

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 1/ZO/2017 którego przedmiotem zamówienia jest: „Opieka lekarsko - weterynaryjna w Ośrodku Rehabilitacji Ptaków Dzikich w Bukwałdzie”, celem potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej Wykonawców, składam 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 o specjalizacji z chorób zwierząt nieudomowionych i chirurgii.*

*Oraz wykaże posiadanie min. 10 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