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](mailto:info@falbatros.pl), 664 173 828, 664 950 458 publikuje:

**WYKAZ OSÓB**

**na „Opieka lekarsko – weterynaryjna w Ośrodku Rehabilitacji Zwierząt w Jelonkach”**

## Znak sprawy: 6/ZO/2022

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

W odpowiedzi na zapytanie ofertowe nr 6/ZO/2022 którego przedmiotem zamówienia jest: „Opieka lekarsko – weterynaryjna w Ośrodku Rehabilitacji Zwierząt w Jelonkach”, celem potwierdzenia spełnienia warunku udziału w postępowaniu w uprawnień do prowadzenia określonej działalności gospodarczej lub zawodowej oraz zdolności technicznej lub zawodowej Wykonawców, składam/y wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia publicznego:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 osoba | |
| Imię i nazwisko |  |
| Kwalifikacje zawodowe |  |
| Uprawnienia **(*wykazanie* *uprawienia do wykonywania zawodu lekarza weterynarii)*** |  |
| Doświadczenie ***(wykazanie posiadania min. 5 letniego stażu pracy ze zwierzętami wolnożyjącymi)*** | ……. (wpisać ilość lat) lat doświadczenia ze zwierzętami wolnożyjącymi w ……….. |
| Wykształcenie |  |
| Zakres wykonywanych czynności |  |
| Informacja o podstawie do dysponowania tą osobą |  |
| 2 osoba | |
| Imię i nazwisko |  |
| Kwalifikacje zawodowe |  |
| Uprawnienia **(*wykazanie* *uprawienia do wykonywania zawodu lekarza weterynarii)*** |  |
| Doświadczenie ***(wykazanie posiadania min. 5 letniego stażu pracy ze zwierzętami wolnożyjącymi*** | ……. (wpisać ilość lat) lat doświadczenia ze zwierzętami wolnożyjącymi w ……….. |
| Wykształcenie |  |
| Zakres wykonywanych czynności |  |
| Informacja o podstawie do dysponowania tą osobą |  |

***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