*Załącznik Nr 7 do SWZ*

Nr sprawy: **: PN/US/01/2023**

**WYKAZ OSÓB**

**WYKONAWCA/WYKONAWCY**

**(pełna nazwa/y i adres/y)**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Usługi restauracyjne dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej przy ul. Rojnej 15** **w Łodzi w okresie od 01.03.2023 r. do 28.02.2024 r.,** oświadczam:/my że dysponuję/emy osobami do wykonania zamówienia\*:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe | Zakres czynności | Wykształcenie | Podstawa dysponowania(np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna, oświadczenie udostępnienia osoby) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

\*Wymagany:

- minimum 1 dietetyk

- minimum 1 osoba niepełnosprawna

………………..……………………………………

*podpis*

…………………….(miejscowość), data………………………….r.