Projekt współfinansowany przez Unię Europejską

w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego  
  
 Załącznik NR 7 do SIWZ

………………………………..……….

Nazwa i adres Wykonawcy/

Wykonawców występujących wspólnie

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ**

**W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

Ubiegając się o zamówienie publiczne na**: „Kompleksowa realizacja usług szkoleniowych w ramach projektu systemowego pn. „Czas na aktywność w gminie Dubiecko”** w celu wykazania spełniania warunku opisanego w pkt 7.1.3 SIWZ przedstawiamy wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia.

Do wykazu załączamy dokumenty potwierdzające, dyplomy ukończenia studiów wyższych magisterskich w określonych specjalnościach, referencje, świadectwa pracy potwierdzające staż pracy trenera ds. obsługi kasy fiskalnej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię  i nazwisko | Funkcja | Zrealizował co najmniej 75 godzin dydaktycznych (gdzie 1 godzina dydaktyczna obejmuje 45 minut zegarowych), w zakresie Treningów kompetencji /treningów pracy | Wykształcenie wyższe psychologiczne lub pedagogiczne lub socjologiczne | Doświadczenie na stanowisku trenera ds. obsługi kasy fiskalnej | Informacja o podstawie do dysponowania |
|  | Trener | SPEŁNIA/  NIE SPEłNIA\* | POSIADA/  NIE POSIADA\* | NIE DOTYCZY | Polegam na własnym potencjale / Polegam na potencjale innych podmiotów \*\* |
|  | Trener | SPEŁNIA/  NIE SPEłNIA\* | POSIADA/  NIE POSIADA\* | NIE DOTYCZY | Polegam na własnym potencjale / Polegam na potencjale innych podmiotów \*\* |
|  | Trener ds.obsługi kasy fiskalnej | NIE DOTYCZY | NIE DOTYCZY | POSIADA/  NIE POSIADA\* | Polegam na własnym potencjale / Polegam na potencjale innych podmiotów \* |

*\* Niepotrzebne skreślić*

*\*\* Niepotrzebne skreślić, jeżeli Wykonawca polega na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów, zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował osobami niezbędnymi do realizacji zamówienia przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej (ych) | Miejscowość i data |
|  |  |  |  |

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską

w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**ZOBOWIĄZANIE INNYCH PODMIOTÓW DO ODDANIA DO DYSPOZYCJI WYKONAWCY**

**OSÓB ZDOLNYCH DO WYKONANIA ZAMÓWIENIA**

Ja niżej podpisany/a .................................... oświadczam, że zobowiązuje się do oddania do dyspozycji Wykonawcy......................................... składającego ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia **na „Kompleksowa realizacja merytoryczna oraz obsługa techniczno-logistyczna usług szkoleniowych w ramach projektu systemowego pn. „Czas na aktywność w gminie Dubiecko”** osób zdolnych do wykonania zamówienia na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię  i nazwisko | Funkcja | Zrealizował co najmniej 75 godzin dydaktycznych (gdzie 1 godzina dydaktyczna obejmuje 45 minut zegarowych), w zakresie Treningów kompetencji/treningów pracy | Wykształcenie wyższe psychologiczne lub pedagogiczne lub socjologiczne | Doświadczenie na stanowisku trener ds. obsługi kasy fiskalnej |
|  | Trener | SPEŁNIA/  NIE SPEłNIA\* | POSIADA/  NIE POSIADA\* | NIE DOTYCZY |
|  | Trener | SPEŁNIA/  NIE SPEłNIA\* | POSIADA/  NIE POSIADA\* | NIE DOTYCZY |
|  | Trener ds.obsługi kasy fiskalnej | NIE DOTYCZY | NIE DOTYCZY | POSIADA/  NIE POSIADA\* |

*\* Niepotrzebne skreślić*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby (osób) uprawnionej(ych) do występowania w obrocie prawnym lub posiadającej (ych) pełnomocnictwo | Podpis(y) osoby(osób) uprawnionej (ych) | Miejscowość i data |
|  |  |  |  |