Załącznik Nr 4 do zapytania ofertowego

CEM.ZP.261.49/15

**Wykaz osób, które będą wykonywać przedmiot zamówienia wraz z informacjami na temat**

**ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia**

Nazwa Wykonawcy ...........................................................................................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy .............................................................................................................................................................................................................................

Nawiązując do zapytania ofertowego o zamówienie o wartości poniżej 30 000 Euro na opracowanie programu funkcjonalno-użytkowego na potrzeby utworzenia siedziby Centrum Egzaminów Medycznych na terenie Centrum Kliniczno-Dydaktycznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oświadczam\* / oświadczamy\* na dzień składania ofert, że dysponuję/dysponujemy\* następującymi osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko oraz informacja o podstawie dysponowania i/lub załączone zobowiązanie o udostępnieniu zasobów | Kwalifikacje zawodowe (np. Nr uprawnień) | Okres praktyki zawodowej | Opis doświadczenia i wykształcenia |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* niepotrzebne skreślić lub usunąć

..............................................., dnia ..................................... 2015 r.

............................................................................

(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wnioskodawcy)