



Projekt *Albertowskie Centrum Aktywności Lokalnej* współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 2

ZAMAWIAJĄCY:

NEW SELF Maciej Bednarz

ul. Fojkisa 1/8

41 – 103 Siemianowice Śląskie

WYKONAWCA:

Nazwa firmy/Imię i nazwisko:

Adres siedziby/adres zamieszkania:

Tel./fax.:

Adres e-mail:

NIP:

REGON:

Dotyczy zamówienia pn. *Asystent Osoby Niepełnosprawnej dla uczestników projektu „Albertowskie Centrum Aktywności Lokalnej”*.

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA ZGODNIE Z WARUNKAMI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU, OKREŚLONYMI W PKT. V ZAPYTANIA OFERTOWEGO.

Do realizacji niniejszego zamówienia wskazuję/my:

1. Imię i nazwisko:

Posiada tytuł/certyfikat/świadectwo:

Osoba ta legitymuje się następującym doświadczeniem (należy wpisać X w odpowiednim wierszu poniższej tabeli)

Doświadczenie:	właściwe zaznaczyć znakiem X
Doświadczenie w realizacji usług w zakresie AON do 150 godzin (włącznie).	
Doświadczenie w realizacji usług w zakresie AON od 151 godzin do 300 godzin.	
Doświadczenie w realizacji usług w zakresie AON od 301 godzin do 450 godzin.	
Doświadczenie w realizacji usług w zakresie AON powyżej 450 godzin.	

wiadczam/y, że wyżej wskazane osoby posiadają odpowiednie kwalifikacje, zgodne z wymaganiami Zamawiającego, oraz są zdolne do wykonania zamówienia opisanego w zapytaniu ofertowym.

Ponadto oświadczam/y, że na żądanie Zamawiającego przedstawię/my świadectwo pracy/zaświadczenie lub referencje potwierdzające informacje zawarte w powyższym zdaniu.

..... dn. _____.2019 r.

Miejscowość

.....
podpis Wykonawcy