ZP 1/2021 **Załącznik nr 9 do SWZ**

…….. …….

(pieczęć Wykonawcy) (miejscowość, data)

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia

Lp.	Imię	Nazwisko	Forma zatrudnienia, wymiar etatu	Orzeczenie o niepełnosprawności (Tak/Nie)

Oświadczam, że wszystkie w/w osoby zostały przeszkolone w zakresie BHP, ppoż, ochrony danych osobowych oraz zasad udzielania pierwszej pomocy medycznej.

…….

Podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu