**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**Znak sprawy: US/3/2017/LPNT**

**WYKAZ**

**osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji Zamówienia**

**Wykonawca:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa Wykonawcy(-ów) | Adres(y) i nr NIP |
| Wykonawca nr 1 |  |  |
| Wykonawca nr 2 |  |  |
| Wykonawca nr 3 |  |  |

Osoba/-y umocowane do reprezentacji Wykonawcy (imię i nazwisko, podstawa umocowania)

…………………………………………………………………………………………...:

…………………………………………………………………………………………...

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego

**„realizacja usług specjalistycznych dla podmiotów inkubowanych w ramach platformy startowej: connect”**

Oświadczam(y), że w wykonaniu zamówienia będą uczestniczyły następujące osoby:

Zadanie 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** \* | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Wykształcenie** (należy wskazać nazwę uczelni oraz tryb i kierunek studiów) | **Doświadczenie w wykonaniu opracowań** | **Informacja**  **o podstawie do dysponowania** |
| Zrealizowanie w okresie ostatnich trzech lat min. 3 usług ogólnopolskiego badania społecznego o wartości (każde z nich) min. 10 000 zł |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |

Oświadczam(y), że osoby wykazane w powyższych tabelach posiadają opisane w niej uprawniania, doświadczenie oraz wykształcenie.

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

(podpis, miejscowość, data)

\* - w zależności od zapotrzebowania Wykonawcy, wykaz może być rozszerzony o więcej wierszy