**Załącznik nr 3**

**Zamawiający:**

**Gmina Kłomnice**

42 – 270 Kłomnice ul. Strażackiej 20

NIP  9492138802, REGON 151397983

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA** |

Przystępując do udziału w zapytaniu ofertowym pn.:  **świadczenie usługi przeprowadzenia diagnozy indywidualnych potrzeb edukacyjnych odbiorców w projekcie pn. „LOWE Kłomnice- Lokalny Ośrodek wiedzy i Edukacji nr FESL.06.09-IP.02-0956/24-00**

…………………………………………………………………………………………………………

*(podać pełną nazwę i adres/siedzibę Wykonawcy)*

Przedkładamy wykaz osób potwierdzający spełnienie warunków udziału w postępowaniu w zakresie dysponowania osobami zdolnymi do wykonania zamówienia

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Doświadczenie** | **Wykształcenie** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |

\*niewłaściwe skreślić

……………………….. (miejscowość), dnia ………………………. r.