**Załącznik nr 8 do SWZ**

............................................................ …………......................................

Nazwa Wykonawcy/Imię i nazwisko Wykonawcy miejscowość data

**WYKAZ KIEROWCÓW**

Składając ofertęwpostępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.

**Usługi transportowe dla uczestników zajęć w Środowiskowym Domu Samopomocy w Marcinkowie z filią w Prejłowie**,

będę dysponować następującymi pojazdami niezbędnymi do realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności przy realizacji zamówienia** | **Nr uprawnień wraz z datą wydania uprawnienia\*** | **Doświadczenie** | **Podstawa dysponowania** |
|  | **A** | **B** | **C** | **D** | **E** |
| **1.** |  |  |  | Znajomość języka polskiego w stopniu komunikatywnym: TAK/NIE\*\*  Posiada prawo jazdy od dnia ………………………………  Doświadczenie w przewożeniu osób niepełnosprawnych (minimum 3 miesięcy): TAK/NIE\*\*  Nazwa placówki, w której były świadczone usługi, adres nr tel…………………………………………………………………………… | Dysponowanie bezpośrednie/ Zobowiązanie do oddania do dyspozycji\*\* |
| **2.** |  |  |  | Znajomość języka polskiego w stopniu komunikatywnym: TAK/NIE\*\*  Posiada prawo jazdy od dnia ………………………………  Doświadczenie w przewożeniu osób niepełnosprawnych (minimum 3 miesięcy): TAK/NIE\*\*  Nazwa placówki, w której były świadczone usługi, adres nr tel…………………………………………………………………………… | Dysponowanie bezpośrednie/ Zobowiązanie do oddania do dyspozycji\*\* |
| **3.** |  |  |  | Znajomość języka polskiego w stopniu komunikatywnym: TAK/NIE\*\*  Posiada prawo jazdy od dnia ………………………………  Doświadczenie w przewożeniu osób niepełnosprawnych (minimum 3 miesięcy): TAK/NIE\*\*  Nazwa placówki, w której były świadczone usługi, adres nr tel…………………………………………………………………………… | Dysponowanie bezpośrednie/ Zobowiązanie do oddania do dyspozycji\*\* |
| **4.** |  |  |  | Znajomość języka polskiego w stopniu komunikatywnym: TAK/NIE\*\*  Posiada prawo jazdy od dnia ………………………………  Doświadczenie w przewożeniu osób niepełnosprawnych (minimum 3 miesięcy): TAK/NIE\*\*  Nazwa placówki, w której były świadczone usługi, adres nr tel…………………………………………………………………………… | Dysponowanie bezpośrednie/ Zobowiązanie do oddania do dyspozycji\*\* |

\* Na potwierdzenie spełnienia tego warunku Wykonawca dołączy dokumenty potwierdzające informacje, o których mowa w kolumnie C tabeli.

\*\* Niepotrzebne skreślić

UWAGA: Zamawiający w trakcie realizacji zamówienia może zażądać przedstawienia dokumentów potwierdzających informacje zawarte w kolumnie D, lub zwrócić się do placówki dla której świadczono usługi.

**\* UWAGA: wykaz należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy.**