**Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nazwa, adres Wykonawcy |  | Miejscowość i data |

**ZFZ.042.9.19.2017/2018**

**WYKAZ OSÓB
które będą uczestniczyły w realizacji zamówienia**

dot. Zapytania ofertowego w zakresie **„Przeprowadzenia zajęć z terapii integracji sensorycznej w ramach projektu „Kętrzyńskie maluszki-utworzenie nowych miejsc przedszkolnych w Gminie Miejskiej Kętrzyn”,** współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia**  | **Imię i nazwisko osoby prowadzącej/prowadzących zajęcia** | **Podstawadysponowania osobą****(np. umowa cywilonoprawna, umowa o pracę, itp.)** |
| **1** | **2** | **3** |
| Zajęcia z terapii integracji sensorycznej |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Podpis Wykonawcy/Podpis osobyupoważnionej do reprezentacji Wykonawcy |