**znak sprawy: OP-II. 082. 2016.**

**Załącznik nr 3 do SIWZ**

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA – do kryterium oceny ofert**

*( należy wypełnic osobno dla każdego specjalisty)*

**Część zamówienia na którą jest składana oferta: ………………………………………………………**

Imię i nazwisko………………………………………………………………… **specjalisty ds*……………………………………………………………………(*** *wpisac właściwego specjalistę*, którego dotyczy poniższy wykaz)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi wykonanej przez**  **specjalistę** | **Opis usługi wykonanej przez**  **Specjalistę (***opisać prace w sposób jednoznaczny, pozwalajacy ocenić spełnienie warunku opisanego w SIWZ sekcja VII- kryteria oceny ofert)* | **Odbiorca usługi**  (należy podać nazwę podmiotu, na zlecenie którego usługa została wykonana) | **Data wykonania usługi** (należy podać datę zakończenia usługi) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Data i czytelny podpis wraz z pieczątka wykonawcy*