**Seznam členů realizačního týmu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1 Název veřejné zakázky** | | |
| **Transformace služeb pro osoby se zdravotním postižením – konzultace** | | |
| **2 Identifikace dodavatele** | | |
| Obchodní firma / Jméno | |  |
| IČ | |  |
| Sídlo / místo podnikání | |  |
| **3 Osoba oprávněná jednat za dodavatele** | | |
| Titul, jméno, příjmení | |  |
| Funkce | |  |
| **4 Seznam odborných konzultantů** | | |
| 1 | Titul, jméno, příjmení |  |
| 2 | Titul, jméno, příjmení |  |
| 3 | Titul, jméno, příjmení |  |

*V případě potřeby přidejte řádky.*

Datum: Podpis oprávněné osoby:

…………………………….

Pro každého člena realizačního týmu dále vyplňte přehled zkušeností pro účely posouzení splnění technické kvalifikace dle bodu 8.4 výzvy k podání nabídek:

|  |  |
| --- | --- |
| **Přehled zkušeností pro účely posouzení splnění technické kvalifikace dle bodu 8.4 výzvy** | |
| Titul, jméno, příjmení |  |
| Vztah k dodavateli |  |
| **Zkušenosti/praxe v oblasti bezprostředně související s úlohou v realizačním týmu v souladu s požadavky na členy realizačního týmu** | |
|  | |
|
|
|
|
|
| **Čestné prohlášení** | Prohlašuji tímto čestně, že veškeré údaje týkající se mé osoby uvedené v tomto přehledu jsou pravdivé.  Datum: Podpis: |