**Znak sprawy: GOPS.FK.27.271.1.2024 Załącznik nr 5 do SWZ**

**GMINNY OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W INOWROCŁAWIU**

**ul. Królowej Jadwigi 43, 88-100 Inowrocław**

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB** |
| **Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania  dla osób z zaburzeniami psychicznymi,  klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Inowrocławiu** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | ***Dane*** | ***Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia*** | ***Doświadczenie wykształcenie*** | ***Zakres wykonywanych czynności*** | ***Podstawa dysponowania*** |
| ***1.*** |  |  |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

* + 1. **W tabeli Wykonawca wymieni osoby, zgodnie z wymaganiami SWZ.**

*Miejsce i data ……………………………………… ……………………………………………………………………………………..*

*Podpis i pieczęć imienna osoby/osób/ właściwych do reprezentowania Wykonawcy*