## Załącznik nr 6 do SWZ

ZAG.341.1.2023

**Wykonawca:**

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

*(pełna nazwa/imię i nazwisko/ adres/ w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **Świadczenie usług gastronomicznych dla Domu Pomocy Społecznej „Ostoja” w Gdańsku**

**Wykaz osób**

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji niniejszego zamówienia**  | **Funkcja, jaką będzie pełniła wskazana osoba skierowana przez wykonawcę do realizacji przedmiotowego zamówienia**  | **Informacja o kwalifikacjach zawodowych, wykształceniu oraz doświadczeniu zawodowym; potwierdzających spełnianie warunku, o którym mowa w rozdziale VIII ust. 2 pkt 2 lit. a), b), c) SIWZ** | **Informacja o podstawie do dysponowaniaosobą** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

*……………………………………..*

*Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy/Podmiotu udostępniającego zasoby*