**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

Ja/my, niżej podpisany/i

.....................................................................................................................................................

działając w imieniu i na rzecz (nazwa /firma/ i adres wykonawcy)

....................................................................................................................................................

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Specjalistycznych usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi w okresie od IX.2024r. do XII.2024r.** zgodnie z art. 112 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2019 roku - Prawo zamówień publicznych (dalej „pzp”): oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w postępowaniu w zakresie zdolności technicznej lub zawodowej.

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia niezbędnych do wykonania zamówienia, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami wymagany jest w celu potwierdzenia, że wykonawca dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia zgodnie z zapisami SWZ.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia** | **Określenie przewidywanej funkcji** | **kwalifikacje zawodowe**  **wykształcenie zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 2.03.2023r. (Dz. U. z 2023, poz. 395)** | **staż pracy zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Rodziny i Polityki Społecznej z dnia 2.03.2023r. (Dz. U. z 2023, poz. 395)** | **Podstawa do dysponowania tymi osobami np. umowa o prace, zlecenie, zasób innego podmiotu (nazwa)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |

***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym, lub podpisem osobistym***