Załącznik nr 1c

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

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na **Świadczenie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w miejscu ich zamieszkania**

ja / my niżej podpisany / podpisani działając w imieniu i na rzecz:

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

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

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

oświadczam / oświadczamy, że dysponuję / dysponujemy osobą / osobami zdolną / zdolnymi do wykonania zamówienia i posiadającą / posiadającymi **wymagane uprawnienia** – jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień, posiadają **kwalifikacje do wykonywania zawodu**, **niezbędne doświadczenie** i **wykształcenie** zgodnie z poniższym wykazem:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko specjalisty** | **Wykształcenie zawodowe / specjalizacja** | **Staż pracy / doświadczenie zawodowe**  **[ilość lat ]** |
|
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |

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

kwalifikowany podpis elektroniczny / podpis zaufany /

podpis osobisty Wykonawcy lub upełnomocnionego

przedstawiciela Wykonawcy