**Zał. nr 4 do SWZ**

Numer sprawy

OR.251.5.2023

**Zamawiający**

Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie
w Grudziądzu

ul. Waryńskiego 34A

86-300 Grudziądz

**Wykonawca**

………………………………….

………………………………….

………………………………….

………………………………….

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności

od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)

reprezentowany przez:

……………………………….

……………………………….

**Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia
i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko pracownika** | **Wykształcenie/kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie zawodowe (zajmowane stanowisko i staż pracy)** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja  o podstawie do dysponowania osobą** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

…………….……. *(miejscowość),* dnia ………….……. r.

*Dokument należy wypełnić i podpisać* *kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy/ Wykonawców. Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.*