*ZP.271.10.2024 - Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej w Gminie Komorniki w 2024 r.*

*.*załącznik nr 6 do SWZ

…………………………………..

……………………………….....

/Nazwa i adres Wykonawcy/

**DOKUMENTU NIE NALEŻY SKŁADAĆ Z OFERTĄ**

**DOKUMENT SKŁADANY JEST NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO**

**Zamawiający przed wyborem najkorzystniejszej oferty wezwie Wykonawcę, którego oferta została najwyżej oceniona, do złożenia w wyznaczonym terminie, nie krótszym niż 5 dni.**

**Wykaz osób, skierowanych do realizacji zamówienia**

Opis sposobu dokonywania oceny spełniania warunku zawarto w rozdziale IV ust. 9 pkt 4 lit. B SWZ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwiskoZakres wykonywanych czynności | Opis doświadczenia zawodowego zawierający informacje niezbędne do potwierdzenia spełniania warunku określonego w w rozdziale IV ust. 9 pkt 4 lit. B SWZ  | Wykształcenie:Należy wskazać dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji | Informacja o podstawie dysponowania wymienioną osobą |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Uwaga:

W przypadku, gdy Wykonawca wykazując spełnianie niniejszego warunku polega na zdolności technicznej innych podmiotów, na zasadach określonych w art. 118 ust.1 ustawy Pzp, zobowiązany jest udowodnić, iż będzie dysponował zasobami niezbędnymi do realizacji zamówienia, w szczególności przedstawiając w tym celu pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji Wykonawcy niezbędnych zasobów na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia.

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osobę uprawnioną do reprezentowania Wykonawcy w dokumentach rejestrowych lub we właściwym upoważnieniu**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**