***Załącznik nr 5 do umowy nr …………………………….…***

***z dnia ……………..…***



**Wykaz osób świadczących usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania   
na rzecz uprawnionych mieszkańców Gminy Mosina w okresie   
od 1 stycznia 2025 r. do 31 grudnia 2026 r.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Funkcja** | **Imię i Nazwisko** | **Wykształcenie i kwalifikacje** | **Nr telefonu** |
| **1.** | **Koordynator** |  |  |  |
| **2.** | **Opiekunka** |  |  |  |
| **3.** | **Opiekunka** |  |  |  |
| **4.** | **Opiekunka** |  |  |  |

…………………………………………..

Podpis Wykonawcy