**Z.GOPS.271.2.2024 Załącznik nr 6 do SWZ**

**Gmina Puszcza Mariańska - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**

**w Puszczy Mariańskiej**

**Plac T. Kościuszki 2**

**96-330 Puszcza Mariańska**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**UWAGA: Wykaz musi zostać podpisany** **elektronicznym podpisem kwalifikowanym lub elektronicznym podpisem zaufanym lub elektronicznym podpisem osobistym.**

*Dotyczy postępowania pn.:* **„Świadczenie usług opiekuńczych dla klientów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Puszczy Mariańskiej, wykonywanych w miejscu zamieszkania.”**

**\*poniższy wykaz dotyczy CZĘŚCI:** …………………………..………………

\*Wykaz składany jest dla każdej części zamówienia. Proszę wpisać, której części zamówienia dotyczy wykaz.

**Wykaz osób, przy pomocy których wykonawca będzie realizował zamówienie**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Imię i nazwisko | Wykształcenie,  posiadane kwalifikacje | Staż pracy ogółem | Staż pracy przy wykonywaniu usług opiekuńczych | | Podstawa  zatrudnienia |
| ogółem | w tym przy specjalistycznych |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |