

**Wykonawca:**

\_\_\_\_\_

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

reprezentowany przez:

\_\_\_\_\_

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia pn. Świadczenie usług opieki wytchnieniowej w ramach pobytu całodobowego**

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Uprawnienia	Doświadczenie zawodowe	Wykształcenie	Zakres wykonywanych czynności	Informacje o prawie do dysponowania osobą
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Powyższe oświadczenie składam/y pod rygorem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego) oraz pod rygorem odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy w dokumentach w celu uzyskania zamówienia publicznego (zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu Karnego).

**Dokument należy wypełnić i podpisać elektronicznym kwalifikowanym podpisem lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym**

Program „Opieka wytchnieniowa”  
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024  
realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego