

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na **Świadczenie Specjalistycznych Usług Opiekuńczych dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi w miejscu ich zamieszkania**

ja / my niżej podpisany / podpisani działając w imieniu i na rzecz:

.....

.....

nazwa (firma) i adres Wykonawcy

oświadczam / oświadczamy, że dysponuję / dysponujemy osobą / osobami zdolną / zdolnymi do wykonania zamówienia i posiadającą / posiadającymi **wymagane uprawnienia** – jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień, posiadają **kwalifikacje do wykonywania zawodu, niezbędne doświadczenie i wykształcenie** zgodnie z poniższym wykazem:

Lp.	Imię i nazwisko specjalisty	Wykształcenie zawodowe / specjalizacja	Staż pracy / doświadczenie zawodowe [ilość lat]
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

.....
 kwalifikowany podpis elektroniczny / podpis zaufany /
 podpis osobisty Wykonawcy lub uprawnionego
 przedstawiciela Wykonawcy