



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 5a do SWZ  
Znak sprawy: PCPR.AO.ZP-05/2024

## **WYKAZ OSÓB,**

**KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA,  
składany na potwierdzenie spełniania warunku, określonego w rozdziale VI ust. 2 SWZ**

.....  
nazwa i adres Wykonawcy

### **OŚWIADCZAM(Y), ŻE:**

w wykonywaniu zamówienia „Świadczenie usług: psychologa, pedagoga, socjoterapeuty, animatora, doradcy zawodowego, warsztatów z cyberprzemocy, coach-a, mediatora, trenera SDR, superwizora, szkolenia kandydatów na rodziny zastępcze PRIDE oraz usługi cateringowej/gastronomicznej w ramach realizacji projektu pn.: „Lepszy start w dorosłe życie”  
uczestniczyć będą następujące osoby:

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO  (liczba osób odpowiednio do wymagań SWZ)	ZAKRES WYKONYWANYCH CZYNNOŚCI  (odpowiednio do wymagań SWZ, w zależności od części, na którą składana jest oferta)	KWALIFIKACJE ZAWODOWE, UPRAWNIENIA, I WYKSZTAŁCENIE potwierdzające spełnienie warunku określonego w SWZ	LATA DOŚWIADCZ ENIA (STAŻ PRACY)	INFORMACJA O PODSTAWIE DYSPONOWANIA OSOBAMI  (pracownik własny, pisemne zobowiązanie podmiotu trzeciego, inne)*
1	2	3	4	5	6

**UWAGA!:** Wykonawca jest zobowiązany wypełnić wszystkie rubryki, podając kompletne informacje, z których wynikać będzie spełnienie warunków, o których mowa w SWZ.

\*- należy załączyć pisemne zobowiązanie innych podmiotów do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych osób, na okres korzystania z nich przy wykonaniu zamówienia, jeżeli w wykazie, powyżej Wykonawca wskazał, że polegać będzie na zdolnościach zawodowych innych podmiotów, niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków

*Osoba składająca oświadczenie świadoma jest odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

....., dnia .....

.....  
(imię, nazwisko i podpis osoby uprawnionej do  
reprezentowania Wykonawcy)