**Załącznik nr 5 do SWZ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość i data)*

Nazwa Wykonawcy / imię i nazwisko Wykonawcy: …………………………………………………………………………………………………………………

adres:…………………………………………………………………………………………………………………………………

reprezentowany przez : …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:

***„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych*** ***dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu zamieszkania w 2024 r.”***

poniżej przedstawiam:

**WYKAZ OSÓB**

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje / uprawnienia / wykształcenie / doświadczenie** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa dysponowania** |
| 1. | 2. | 3. | 4. | 5. |
|  |  |  |  |  |

…………………………..….…*,* dnia ………….……. r. ……………………..…………………………………………

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*

*Uwaga! Niniejszy Wykaz osób składa Wykonawca ubiegający się o udzielenie zamówienia. W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia składa je Pełnomocnik w imieniu wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.*