*Dodatek nr 6D*

**Zamawiający:**

**Gmina Mniów / Centrum Usług Społecznych w Mniowie**

**ul. Centralna 2, 26-080 Mniów**

Znak sprawy: **GOPS.26.10.2024**

.............................................................

nazwa i adres wykonawcy

**Poniżej przedstawiam/y wykaz osób do oceny w kryterium Doświadczenie Kadry w postępowaniu:**

**KOMPLEKSOWA ORGANIZACJA PAKIETU USŁUG OGÓLNOROZWOJOWYCH, SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH W RAMACH PROJEKTU „TWORZENIE LOKALNYCH SYSTEMÓW WSPARCIA DLA SENIORÓW”.**

**Dla części 4 zamówienia:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Opis doświadczenia (nazwa zamówienia / zakres tematyczny usługi / rodzaj beneficjentów /uczestników / zakres wykonywanych czynności)** | **Okres realizacji, wartość zamówienia oraz liczba zrealizowanych godzin** | **Informacja**  **o podstawie dysponowania osobą** |
|  |  |  |  |

Powyższe informacje są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

***Niniejszy plik podpisuje Wykonawca kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***