

WYKAZ OSÓB,

*Załącznik nr 5 do SWZ Znak sprawy: PCPR.ZP.252.2024.4*

**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 usługi: psychologa, pedagoga, doradcy zawodowego, animatora, Trenera SDR, w ramach realizacji projektu FEWM.09.09-IZ.00-0001/24 w ramach realizacji projektu.: „WSPARCIE PIECZY ZASTĘPCZEJ W POWIECIE GOŁDAPSKIM”.**

# 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)