Dodatek nr 6A do SWZ

**Zamawiający:**

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

**ul. Centralna 2, 26-080 Mniów**

Znak sprawy: CUS.26.4.2025

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

nazwa i adres wykonawcy

**Poniżej przedstawiam/y wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia w postępowaniu: DZIENNE FORMY USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA UCZESTNIKÓW PROJEKTU „TWORZENIE LOKALNYCH SYSTEMÓW WSPARCIA DLA SENIORÓW”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Opis doświadczenia (nazwa / zakres tematyczny usługi / rodzaj beneficjentów /uczestników / zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Informacja**  **o podstawie dysponowania osobą** |
|  |  |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |
|  |  |  | Własne/oddane do dyspozycji\* |

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

*\*niewłaściwe skreślić*

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