**Załącznik nr 7 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**Dotyczy zamówienia pn.: *„Wsparcie potencjału rodzinnej pieczy zastępczej w Powiecie Goleniowskim”***

Nazwa Wykonawcy ......................................................................................................................

Adres Wykonawcy .......................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część zamówienia** | **Imię i nazwisko** | **Rola w realizacji zamówienia** | **Opis wykształcenia (kwalifikacji zawodowych) oraz doświadczenia zgodnie z wymogami określonymi  w SWZ** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………………………

*(data i czytelny podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy)*