Nr sprawy: MOPS.ZP.2611.38.2025 **Załącznik nr 2 do SWZ**

**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/REGON/PESEL)

reprezentowany przez:

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Wykaz osób**

**skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**

Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na: „**Świadczenie usługi dowozu osób   
z niepełnosprawnościami z terenu Miasta Kwidzyna do Placówek Oświatowych wraz   
z zapewnieniem opieki podczas dowozu w okresie styczeń – czerwiec 2026 r.”**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Imię i nazwisko kierowcy*** | ***Prawo jazdy*** | | | ***Staż pracy jako kierowca*** |
| ***numer*** | ***kategorie*** | ***data wydania*** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Wykaz osób, które będą wykonywać zamówienie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Imię i nazwisko opiekuna*** | ***Staż pracy jako opiekun*** |
|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Niniejszy dokument należy opatrzyć podpisem zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym.

Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu ww. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**