**Załącznik Nr 6 do SWZ**

**Zamawiający:**

**Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej   
 w Osiu**

**ul. Dworcowa 6**

**86-150 Osie**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**WYKAZ OSÓB**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi na rok 2026”** przedkładam(y) wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe/uprawnienia/**  **wykształcenie** | **Doświadczenie zawodowe** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
| 1  1. |  |  |  |  |  |
| 2  2. |  |  |  |  |  |
| 3  3. |  |  |  |  |  |
| 4  1. |  |  |  |  |  |

**Oświadczam/y, że osoby skierowane do realizacji zamówienia publicznego posiadają wymagane uprawnienia.**

…………………………………………………….

*(podpis(y)kwalifikowany, zaufany lub osobisty elektroniczny*

*osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy w przypadku oferty wspólnej – podpis pełnomocnika wykonawców)*