**Załącznik nr 4 do SWZ**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko*** | ***Kwalifikacje do wykonywania usług opiekuńczych*** *(wykształcenie, ukończone kursy, szkolenia)* | ***Doświadczenie w wykonywaniu usług opiekuńczych*** *(ilość lat)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. *Wykonawca może w celu potwierdzenia spełnienia warunków udziału w postępowaniu, w stosownych sytuacjach oraz w odniesieniu do konkretnego zamówienia, lub jego części, polegać na zdolnościach technicznych lub zawodowych lub sytuacji finansowej lub ekonomicznej innych podmiotów niezależnie od charakteru prawnego łączących go z nimi stosunków prawnych. Wykonawca w takiej sytuacji zobowiązany jest udowodnić zamawiającemu, że realizując zamówienie, będzie dysponował niezbędnymi zasobami tych podmiotów, w szczególności przedstawiając zobowiązanie tych podmiotów do oddania do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia.*
  2. *Wyżej wymienione osoby wyraziły zgodę na przetwarzanie swoich danych zgodnie z Rozporządzeniem* *Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).*

……………………………………………………………..

Podpis Wykonawcy