**Załącznik nr 10 do SWZ**

**Znak postępowania:** 1/2026/PCPR/PZP

………………………………………………

(Pieczęć i/lub nazwa i adres Wykonawcy)

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

**w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług**

Oświadczam, jako wykonawca, że osoby wykonujące czynności bezpośrednio związane z realizacją przedmiotu zamówienia na dostawę „opasek medycznych” oraz świadczenie usługi obejmującej całodobową obsługę monitoringu przez centrum teleopieki, w ramach projektu pn. „Nie jesteś sam!”, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej i budżetu państwa w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021–2027, będą zatrudnione przez Wykonawcę lub Podwykonawcę na podstawie umowy o pracę w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L. p.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Data zawarcia i okres obowiązywania umowy o pracę** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Prawdziwość powyższych danych potwierdzam(y) własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 §1, art. 297 oraz art. 305 k.k.**

………………………………………………, dnia ………………………………………………..

………………………………………………………

(podpis Wykonawcy)