**Załącznik nr 5 do SWZ**

................................................................

*(nazwa - pieczęć firmowa Wykonawcy)*

Zamawiający:

**MIEJSKI OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ**

**UL. WŁOCŁAWSKA 16B**

**87-600 LIPNO**

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

Przedłożony na wezwanie Zamawiającego w celu wykazania spełniania warunku udziału w postępowaniu pn. **„****Stworzenie Dziennego Domu Pomocy w Lipnie”**

określonego w rozdziale XIII pkt 3.4. ppkt 2 specyfikacji istotnych warunków zamówienia.

**Oświadczam(y), że niniejsze zamówienie wykonywać będą następujące osoby:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Posiadane uprawnienia *(podać zakres zgodnie z rozdziałem XIII pkt 3.4. ppkt 2 SWZ)* | Zakres czynności przy realizacji zamówienia | Podstawa do dysponowania daną osobą\* |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |

*\*****zgodnie z Art. 95 Ustawy Prawo Zamówień Publicznych***

*Miejscowość ....................................... dnia ........................ 2026 r.*

..................................................................................

*Dokument należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym*