*Załącznik Nr 6*

*do SWZ*

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

*/nazwa Wykonawcy/*

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

*/adres/*

**WYKAZ OSÓB**

**skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia**

Dotyczy postępowania pn.:

**„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi”**

 **Oświadczam (-y), że:**

**niżej wymienione osoby będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia i wykształcenie****niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia** **(proszę podać informacje o posiadaniu stosownego doświadczenia/stażu i o wykształceniu)** | **Kursy i szkolenia****niezbędne do wykonania przedmiotu zamówienia** | **Zakres wykonywanych przez wskazaną osobę czynności** | **Podstawa dysponowania osobami** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** | ***6*** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |

Oświadczam (y), że osoby realizujące zamówienie nie są karane i posiadają dobry stan zdrowia oraz spełniają wymagania zamawiającego, o których mowa w SWZ.

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

 (podpis elektroniczny Wykonawcy/Pełnomocnika)

**Dokument należy złożyć w postaci elektronicznej, opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym – zgodnie ze wskazówkami w SWZ w rozdziale XII.**