### **Załącznik Nr 8 do SWZ**

***Wykonawca:***

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

reprezentowany przez:

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

**WYKAZ OSÓB ZDOLNYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia pn. Świadczenie usług opieki wytchnieniowej w 2023 r. (znak: DO.3700.4.2023)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Imię i nazwisko* | *Kwalifikacje zawodowe* | *Uprawnienia* | *Doświadczenie zawodowe* | *Wyksztalcenie* | *Zakres wykonywanych czynności* | *Informacje o prawie do dysponowania osobą* |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

Powyższe oświadczenie składam/y pod rygorem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego) oraz pod rygorem odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy w dokumentach w celu uzyskania zamówienia publicznego (zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu Karnego)

Plik/Dokument należy podpisać **elektronicznym kwalifikowanym podpisem** lub **podpisem zaufanym** lub **podpisem osobistym**.