**Załącznik nr 9 do SWZ – Wykaz osób**

**Nr sprawy: WI.271.17.2023**

**Wykonawca:**

…………………………

…………………………

…………………………

*(pełna nazwa/firma, adres)*

reprezentowany przez:

……………………………………………………

…………………………

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

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

**DOTYCZĄCY SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Przewóz do szkół dzieci niepełnosprawnych, zamieszkałych na terenie
Miasta Mińsk Mazowiecki”,** prowadzonego przez **Miasto Mińsk Mazowiecki** oświadczam, co następuje:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko, kwalifikacje zawodowe**  | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie i wykształcenie** | **Informacje o podstawie dyspono**w**ania tą osobą** (np. umowa o pracę, umowa cywilna, osoba oddana do dyspozycji przez podmiot trzeci) |
| 1. | 2. | 3. |  | 4. |
| 1. | Pan/Pani ………………………………………………….(Imię i nazwisko),Posiadający/a uprawnienia do kierowania pojazdami tj. posiadający/a prawo jazdy minimum kategorii D  | Kierowca | Doświadczenie:- Kurs lub szkolenie z udzielania pierwszej pomocy- min. 2 letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowcy autobusów |  |
| 2. | Pan/Pani ………………………………………………….(Imię i nazwisko),Posiadający/a uprawnienia do kierowania pojazdami tj. posiadający/a prawo jazdy minimum kategorii D | Kierowca | Doświadczenie:- Kurs lub szkolenie z udzielania pierwszej pomocy- min. 2 letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowcy autobusów |  |
| 3. | Pan/Pani ………………………………………………….(Imię i nazwisko),Posiadający/a uprawnienia do kierowania pojazdami tj. posiadający/a prawo jazdy minimum kategorii D | Kierowca | Doświadczenie:- Kurs lub szkolenie z udzielania pierwszej pomocy- min. 2 letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowcy autobusów |  |
| 4. | Pan/Pani ………………………………………………….(Imię i nazwisko),Posiadający/a uprawnienia do kierowania pojazdami tj. posiadający/a prawo jazdy minimum kategorii D | Kierowca | Doświadczenie:- Kurs lub szkolenie z udzielania pierwszej pomocy- min. 2 letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku kierowcy autobusów |  |
| 5. | Pan/Pani ………………………………………………….(Imię i nazwisko),Pełniąca/y funkcję opiekuna na każdej z tras  | Opiekun  | Oświadczam, że wskazana osoba jest pełnoletnia oraz posiada minimum półroczne doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi |  |
| 6. | Pan/Pani ………………………………………………….(Imię i nazwisko),Pełniąca/y funkcję opiekuna na każdej z tras | Opiekun | Oświadczam, że wskazana osoba jest pełnoletnia oraz posiada minimum półroczne doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi |  |
| 7. | Pan/Pani ………………………………………………….(Imię i nazwisko),Pełniąca/y funkcję opiekuna na każdej z tras | Opiekun | Oświadczam, że wskazana osoba jest pełnoletnia oraz posiada minimum półroczne doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi |  |
| 8. | Pan/Pani ………………………………………………….(Imię i nazwisko),Pełniąca/y funkcję opiekuna na każdej z tras | Opiekun | Oświadczam, że wskazana osoba jest pełnoletnia oraz posiada minimum półroczne doświadczenie w opiece nad osobami niepełnosprawnymi |  |

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.