**Załącznik Nr 9 do SWZ**

Dane Wykonawcy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pełna nazwa Wykonawcy/

NIP/PESEL, KRS/CEiDG w zależności od podmiotu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres (ulica, kod pocztowy, miejscowość)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**WYKAZ OSÓB**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania dla osób z zaburzeniami psychicznymi na rok 2024”** przedkładam(y) wykaz osób skierowanych do realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe/Uprawnienia/**  **wykształcenie** | **Doświadczenie zawodowe** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
| 1  1. |  |  |  |  |  |
| 2  2. |  |  |  |  |  |
| 3  3. |  |  |  |  |  |
| 4  1. |  |  |  |  |  |
| 5  2. |  |  |  |  |  |
| 6  3. |  |  |  |  |  |
| 7  1. |  |  |  |  |  |
| 8  2. |  |  |  |  |  |
| 9  3. |  |  |  |  |  |
| 10  1. |  |  |  |  |  |
| 11  2. |  |  |  |  |  |
| 12  3. |  |  |  |  |  |
| 13  1. |  |  |  |  |  |
| 14  2. |  |  |  |  |  |
| 15  3. |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17  2. |  |  |  |  |  |
| 18  3. |  |  |  |  |  |
| 19  1. |  |  |  |  |  |
| 20  2. |  |  |  |  |  |

**Oświadczam/y, że osoby skierowane do realizacji zamówienia publicznego posiadają wymagane uprawnienia.**

…………………………………………

*(podpis(y)kwalifikowany, zaufany lub osobisty elektroniczny*

*osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy,*

*w przypadku oferty wspólnej – podpis pełnomocnika wykonawców)*