**Załącznik nr 5 do SWZ**

**NS: ZP.271.10.2023**

*Pieczęć Wykonawcy*

**Wykaz osób**

**Dotyczy:** Postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:  **„Dowożenie i opieka podczas przewozu uczniów niepełnosprawnych do placówek specjalnych w okresie od 1 września 2023 r. do 23 czerwca 2024r.”**

Oświadczam(y), że: **niżej wymienione osoby będą uczestniczyły w wykonywaniu przedmiotu zamówienia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych przez nie czynności** | **Podstawa dysponowania** |
| 1 |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Osoby upoważnione do podpisania oświadczenia w imieniu Wykonawcy** | | | |
| **Imię i Nazwisko** | | **Data** | **Podpis** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |