**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** |
| 11. |  |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |  |
| 33. |  |  |  |  |  |
| 41. |  |  |  |  |  |
| 52. |  |  |  |  |  |
| 63. |  |  |  |  |  |
| 71. |  |  |  |  |  |
| 82. |  |  |  |  |  |
| 93. |  |  |  |  |  |
| 101. |  |  |  |  |  |
| 112. |  |  |  |  |  |
| 123. |  |  |  |  |  |
| 131. |  |  |  |  |  |
| 142. |  |  |  |  |  |
| 153. |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 172. |  |  |  |  |  |
| 183. |  |  |  |  |  |
| 191. |  |  |  |  |  |
| 202. |  |  |  |  |  |

**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)*