**Załącznik nr 5.2 do SWZ**

Zamawiający:

Ośrodek Pomocy Społecznej w Stęszewie

ul. Poznańska 11, 62-060 Stęszew

**Wykonawca:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Adres Wykonawcy** |  |
| **Numer NIP/PESEL, KRS/CEIDG** |  |
| **Telefon** |  |
| **e-mail** |  |

**WYKAZ OSÓB**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„Świadczenie usług opiekuńczych na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania na terenie miasta i gminy Stęszew od dnia 01.01.2024r. do 31.12.2024r.”* oświadczam/y celem potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w SWZ, że wykonamy zamówienie przy udziale następujących osób:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osoby** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie i wykształcenie niezbędne dla wykonania zamówienia, zakres wykonywanych czynności,** | **Staż pracy**  **co najmniej 3letnie doświadczenie:**  **nazwa i adres pracodawcy, okres zatrudnienia od do, stanowisko** | **Podstawa dysponowania osobami** |
| **KOORDYNATOR** | | | | |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |

Koordynator z min. 3 letnim doświadczeniem oraz zatrudniony na umowę o pracę w wymiarze 1 pełnego etatu

……………………………….. …………………………………………

Miejscowość, data podpis Wykonawcy/ osoby upoważnionej

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub**

**podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**