

.....  
.....  
.....  
.....

(Nazwa i adres Wykonawcy)

## WYKAZ OSÓB

### OŚWIADCZENIE SKŁADANE NA WEZWANIE

Dotyczy ogłoszenia o zamówieniu pn.

**PN: „Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w ich miejscu zamieszkania objętych pomocą Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej” – nr OPS.252.2.SUO.2025**

### WYKAZ OSÓB, KTÓRE ZOSTANĄ SKIEROWANE DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

składane na podstawie art. 274 ust. 1 ustawy PZP (Dz.U. z 2025r. Poz. 620 ze zm.)

Oświadczam, że następujące osoby będą uczestniczyć w wykonaniu w/w zamówienia :

| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe zgodnie z SWZ | Zakres wykonywanych czynności | Podstawa do dysponowania (sposób powiązania: np. rodzaj umowy, zobowiązanie, podwykonawstwo) |
|-----|-----------------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1.  |                 |                                     |                               |                                                                                              |
| 2.  |                 |                                     |                               |                                                                                              |
| 3.  |                 |                                     |                               |                                                                                              |

Należy przedłożyć dokumenty /typu dyplom, zaświadczenie itp./ potwierdzające posiadanie kwalifikacji do prowadzenia specjalistycznych terapii określonych w SWZ przez osoby przewidziane do ich prowadzenia.

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis i pieczęć Wykonawcy/Pełnomocnika)