**Ośrodek Integracji i Pomocy Społecznej**

**46 – 040 Ozimek**

**ul. ks. Jana Dzierżona 4B**

[**www.ozimek.pl**](http://www.ozimek.pl/)

**e – mail: oiips****@ugim.ozimek.pl**

 **tel. (+48)77/46-22-877 fax.(+48)77/46-51-314 Załącznik nr 5 do SWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| (pieczęć lub Nazwa i adres Wykonawcy) | **WYKAZ OSÓB**skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego**„Świadczenie usług opiekuńczych**  **na rzecz uprawnionych mieszkańców Gminy Ozimek”** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i Nazwisko | Zakres wykonywanych czynności | Wyksztalcenie i kwalifikacje zawodowe | Uprawnienia i doświadczenie ( w latach) | Informacja o podstawie dysponowania tymi osobami |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |   |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Dokument przekazuje się w postaci elektronicznej i opatruje się kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.

data : ......................... ..................................................................

 (podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej)