pieczęć firmowa Wykonawcy

Załącznik nr 4 do SWZ

**WYKAZ OSÓB**

**KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

Do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie art. 359 ust 2 w zw. z art. 275 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. – prawo zamówień publicznych (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1605 z późn. zm.) na usługi społeczne

# Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej – pobyt dzienny i całodobowy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością z terenu miasta Kętrzyn w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Zadanie realizowane w ramach Funduszu Solidarnościowego.

Ja niżej podpisany(a) ………….,................................................................................................................ oświadczam w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy, że zamówienie zostanie zrealizowane z udziałem następujących osób:

KOORDYNATORA:

* Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………..
* Informacje dotyczące kwalifikacji zawodowych, wykształcenia, wymagane oświadczenia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
* Informacja do dysponowania osobą na stanowisku koordynatora: …………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………...

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Informacje dotyczące kwalifikacji zawodowych, wykształcenia, wymagane oświadczenia | Informacja o podstawie do dysponowania osobami wymienionymi w wykazie. |
| 1. | ………………... …………………………………… | Kwalifikacje zawodowe (informacje dotyczące wymaganych uprawnień):…………………………………………………………Wykształcenie:……………………………………….……………………………………….Doświadczenie:………………………….……………………….....Zakres wykonywanych czynności: ………………………………………………………….Biegle posługuje się językiem polskim:TAK/NIE\*Jest zdolna do wykonywania prac fizycznych:TAK/NIE\*Jest sprawna fizycznie i intelektualnie:TAK/NIE\*Nie jest karana:TAK/NIE\* | …………………..…………………..………………….. |
| 2. | …………………………………… ………………… | Kwalifikacje zawodowe (informacje dotyczące wymaganych uprawnień):…………………………………………………………Wykształcenie:……………………………………….……………………………………….Doświadczenie:………………………….………………………….Zakres wykonywanych czynności: …………………………………………………………Biegle posługuje się językiem polskim:TAK/NIE\*Jest zdolna do wykonywania prac fizycznych:TAK/NIE\*Jest sprawna fizycznie i intelektualnie:TAK/NIE\*Nie jest karana:TAK/NIE\* | …………………..…………………..………………….. |
| … |  |  |  |

Ponadto oświadczamy, że:

1. dysponujemy osobami wymienionymi w poz. ……….. wykazu\*,

2. nie dysponujemy osobami wymienionymi w poz. ……..wykazu, lecz polegając na osobach zdolnych do wykonania zamówienia innych podmiotów na zasadach określonych w art. 118 ust. 1 ustawy PZP, będziemy dysponować tymi osobami. Na dowód, czego załączamy stosowne oświadczenia.\*

Miejsce i data: ............................................

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

Kwalifikowany podpis elektroniczny/

podpis zaufany/

podpis osobisty złożony zgodnie z Rozdziałem XI pkt C ust 1 SWZ

 przez osobę(osoby) uprawnioną(-e)

\*) niepotrzebne skreślić