**OPS.252.1.1.2020.ZP**

|  |  |
| --- | --- |
| **Załącznik nr 5** | **Wykaz osób** |
| **Zamawiający****Siedziba:****Strona internetowa:****Tel./fax****Adres poczty elektronicznej** | Ośrodek Pomocy Społecznej46- 220 Byczyna, ul. Kluczborska 4A/4www.byczyna.naszops.pl0 77 402 41 91opsbyczyna@wp.pl |

**Wykonawca:**

**Nazwa Wykonawcy**...........................................................................................................................................

**Adres Wykonawcy** ..........................................................................................................................................................................

**w zależności od podmiotu:**

**NIP/PESEL, KRS/CeiDG** .................................................................................................................................

**WYKAZ OSÓB**

Przystępując do udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na

**ŚWIADCZENIE SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI W ZAKRESIE REHABILITACJI NA TERENIE GMINY BYCZYNA**

**przedkładam/my wykaz osoby/osób, o których mowa w rozdziale IV w pkt. 7.1. i 7.2.,** która/które będzie/będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług, wraz z informacjami na temat jej/ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych dla wykonania zamówienia

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Wykształcenie****(rozdział IV ust. 7 pkt 7.1.)** | **Doświadczenie****(w latach)** | **Posiadanie udokumentowanego przeszkolenia w zakresie prowadzenia treningów umiejętności społecznych** |
|  |  |  |  | TAK | NIE |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………….……. ……………..dnia ………….……. r.

 *(miejscowość)*

 ……………...…………….…………………………………………

[czytelny podpis lub podpis z pieczątką imienną osoby(ób)

upoważnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy]