**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Wzór wykazu osób**

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie**

**ul. Piastowska 58**

**38-400 Krosno**

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności odpodmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne w ramach Programu Ministerstwa Rodziny i Polityki Spo-łecznej „Asystent osobisty osoby niepełnosprawne"- edycja 2021” prowadzonego przez **Zamawiającego,** przedkładam:

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ
zgodnie z warunkiem określonym w …………………. SWZ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  | **Informacja na temat wykształcenia**  | **Informacja na temat kwalifikacji zawodowych**  | **Informacja na temat doświadczenia niezbędnego do realizacji usługi asystenta**  | **Informacja o podstawie dysponowania**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Uwaga:**

W przypadku, gdy wskazana osoba jest Wykonawcą lub związana jest z Wykonawcą stosunkiem prawnym (np. umowa cywilnoprawna lub umowa o pracę) **w kolumnie 4** należy wpisać **„*zasób własny*”**.

W przypadku, gdy wskazana osoba jest udostępniona Wykonawcy przez inny podmiot będący jej pracodawcą (np. na podstawie przepisów o przeniesieniu lub oddelegowaniu pracownika) **w kolumnie 4** należy wpisać ***„zasób udostępniony”*.**

***Potwierdzenie posiadanych przez podane w wykazie osoby kwalifikacji wybrany Wykonawca będzie zobowiązany dostarczyć Zamawiającemu przed podpisaniem umowy.***

***Miejsce i data***

***………………***

***……………………………***

***Podpis Wykonawcy***