***Załącznik Nr 3 do SWZ***

Zamawiający: **Gmina Stawiski**

 **Plac Wolności 13/15**

 **18-520 Stawiski**

**Wykonawca:**

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

……………………………………….

*(imię i nazwisko/ pełna nazwa/firma, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

………………………………………

*(adres skrzynki ePUAP)*

**Wykaz osób**

**skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego pn.
„*Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych w ramach Projektu
pn. Centrum Usług Społecznych w Gminie Stawiski”,****nr postępowania:*SGiT.271.1.11.2021

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Stanowisko | Imię i nazwisko | Opis posiadanego doświadczenia, kwalifikacji zawodowych i uprawnień, numer PWZ\* | Informacja o podstawie dysponowania |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczam, że osoby wymienione w wykazie posiadają wymagane prawem uprawnienia niezbędne do wykonania zadania.

Uwaga: W przypadku osób, niebędących w dyspozycji Wykonawcy, należy załączyć pisemne zobowiązanie innego podmiotu do udostępnienia osób, które będą wykonywać zamówienie lub inny dokument wykazujący i potwierdzający, że Wykonawca jest uprawniony do dysponowania tymi osobami przez okres trwania zamówienia.

*\*Prawo Wykonywania Zawodu*

…………….…….………….…….

*(miejscowość, data)*

 ………………………………………

 *(podpis)*