**Załącznik Nr 7 do SWZ**

................................................................................................  
*nazwa Wykonawcy/ców*

**Wykaz osób**

skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Przystępując do prowadzonego przez Gminę Skarżysko-Kamienna - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej postępowania o udzielenie zamówienia pn.

**Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej na rzecz uprawnionych mieszkańców Skarżyska – Kamiennej w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” – edycja 2022 – Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej**

składam wykaz osób:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe/uprawnienia/**  **doświadczenie/wykształcenie** | **Zakres czynności** | **Staż** | **Podstawa dysponowania** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***Oświadczenie należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym przez osoby uprawnione do reprezentacji podmiotu składającego ten dokument.***