**Załącznik nr 10 do SWZ**

**Wykaz osób** **na potrzeby oceny spełniania warunku udziału w postępowaniu**

**Nr postępowania: PS.I.271.4.2024**

**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………….................

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP, KRS/CEiDG)*

**reprezentowany przez:**

…………………………………………………………………………………………

**WYKAZ OSÓB**

**na potrzeby oceny spełniania warunku udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Usługi społeczne – szkoleniowe, doradcze i terapeutyczne – dla uczestników projektu pn.: „Moja rodzina” – część ….. zamówienia** oświadczam że do realizacji części …. zamówienia zostaną skierowane następujące osoby:

*(Uwaga: informacje zawarte w tabeli powinny pozwolić na stwierdzenie spełniania lub nie spełniania warunku udziału w postępowaniu określonego w SWZ)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji usługi:**  …………………………………………………………………………. | | |
| **Posiada doświadczenie** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa do dysponowania osobą**  ***Wpisać: zasób własny/na podstawie art.118 ust. 1* (np. umowa o pracę/ /zlecenie /samozatrudnienie)** |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej przez Wykonawcę do realizacji usługi:**  …………………………………………………………………………. | | | |
| **Posiada doświadczenie** | **Okres realizacji od … do** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Podstawa do dysponowania osobą**  ***Wpisać: zasób własny/na podstawie art.118 ust. 1* (np. umowa o pracę/ /zlecenie /samozatrudnienie)** |
|  |  |  |  |