**Załącznik Nr 8 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB**

**Dotyczy realizacji zadania: „Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennej w okresie od 01.01.2023 r. do 31.12.2023 r.”**

Nazwa Wykonawcy ..........................................................................................................

Adres Wykonawcy ............................................................................................................

Numer tel. .................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | Imię i nazwisko zakres wykonywanych usług w ramach zamówienia | Kwalifikacje zawodowe (informacje dotyczące wymaganych uprawnień - wykształcenie) | Doświadczenie zawodowe na danym stanowisku (w miesiącach) | Podstawa do dysponowania osobą (rodzaj umowy,czas obowiązywania) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\*) w przypadku gdy osoba wskazana w wykazie, została oddana do dyspozycji przez inne podmioty, wykonawca dołączy pisemne zobowiązanie tych podmiotów do oddania mu do dyspozycji wskazanej osoby

**Wykazy przekazuje się w postaci elektronicznej i opatruje kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym, a w przypadku gdy wykaz został sporządzony jako dokument w postaci papierowej i opatrzony własnoręcznym podpisem, przekazuje się cyfrowe odwzorowanie tego dokumentu opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**