



# Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej

Załącznik Nr 8 do SWZ

**Wykonawca:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

reprezentowany przez:

\_\_\_\_\_

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

## WYKAZ OSÓB ZDOLNYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

**Dotyczy postępowania o udzielenie zamówienia pn. Świadczenie usług opieki wytchnieniowej w 2023 r. (znak: DO.3700.4.2023)**

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Uprawnienia	Doświadczenie zawodowe	Wysztalcenie	Zakres wykonywanych czynności	Informacje o prawie do dysponowania osobą
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Powyższe oświadczenie składam/y pod rygorem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania (zgodnie z art. 233 § 1 kodeksu karnego) oraz pod rygorem odpowiedzialności za poświadczenie nieprawdy w dokumentach w celu uzyskania zamówienia publicznego (zgodnie z art. 297 § 1 Kodeksu Karnego)

Plik/Dokument należy podpisać **elektronicznym kwalifikowanym podpisem lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**