Załącznik nr 5 do SWZ

……………………….

……………………….

………………………..

(pieczęć Wykonawcy)

ZP.271.8.1.2023

**WYKAZ OSÓB**

**Przekładam wykaz osób, skierowanych do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi w miejscu ich zamieszkania**

 **na terenie gminy Dąbrowa**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  | Kwalifikacje zawodowe/ uprawnienia/wykształcenie | Doświadczenie zawodowe/liczba lat pracy na danym stanowisku/ | Zakres wykonywanych czynności | Informacja o podstawie do dysponowania osobą  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Dabrowa, dnia ……………………………

……………………………………………….

Podpis Wykonawcy