

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 asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego - edycja 2024 (znak: SOP.3700.2.2024)

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	Uprawnienia	Doświadczenie zawodowe	Wykształcenie	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.

Program „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością”
dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024
realizowany ze środków Funduszu Solidarnościowego