

Nr sprawy MOPS-DFK.2318.5.2021

.....
(nazwa i adres Wykonawcy)

Wykaz osób które będą wykonywać zamówienie wraz z danymi na temat ich kwalifikacji zawodowych

Lp	Imię i nazwisko* (pracownicy wykonujący usługi)	Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe	Doświadczenie zawodowe (staż pracy osób świadczących specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi)	Odbyte szkolenia w zakresie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi (potwierdzenie-certyfikat lub inny dokument)	Podstawa do dysponowania wymienionymi osobami
1.					
2.					
3.					
4.					
....					

* Oświadczenie składa się, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej (w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym) lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym .