**Załącznik 3 do SWZ składany wraz z ofertą**

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 .