**Załącznik 3 do SWZ**

Nr sprawy MOPS-DFK.2318.3.2023

..........................................................

(nazwa i adres Wykonawcy)

# Wykaz osób które będą wykonywać zamówienie wraz z danymi na temat ich kwalifikacji zawodowych, doświadczenia i wykształcenia oraz stażu pracy, niezbędnych do realizacji zamówienia

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Imię i nazwisko oraz tytuł zawodowy\*  (osoby uczestniczące w realizacji zamówienia -wykonujące usługi) | Doświadczenie i wykształcenie, kwalifikacje zawodowe | Rodzaj dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe oraz data ich wydania | Potwierdzenie odbytych szkoleń w zakresie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi  (certyfikat lub inny dokument) | Podstawa do dysponowania wymienionymi osobami | Staż pracy (udokumentowany)  z osobami z zaburzeniami psychicznymi, podany w latach |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| …. |  |  |  |  |  |  |

\*Wykonawca podaje informacje, na podstawie których zamawiający będzie mógł ocenić spełnienie warunku udziału w postępowaniu.

\*\*Wykonawca wskazuje, na jakiej podstawie dysponuje lub będzie dysponował osobami wskazanymi do realizacji zamówienia ( np. pracownik wykonawcy, zleceniobiorca na podstawie umowy cywilno-prawnej albo potencjał podmiotu trzeciego zgodnie z art. 26 ust. 2b uPzp itp.)

* 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 .