Załącznik nr 6 do SWZ

ZNAK: MOPS.ZP.2.2021

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Wykształcenie(nazwa szkoły, kierunek) | Ukończone kursy szkolenia | Udokumentowane(co najmniej 12-miesięczne) doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym(miejsce/data realizacji usług tożsamych z OPZ) | Informacje o podstawie dysponowania osobą |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

***WYKAZ OSÓB,***

*które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia na*

*Usługę świadczenia usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej oraz usług opieki wytchnieniowej dla mieszkańców miasta Iława. Zamówienie z wolnej ręki.*

do CZĘŚCI II

**(składane przez Wykonawcę na wezwanie Zamawiającego)**

Nazwa wykonawcy……………………………………………………………………………………………………………..

reprezentowany przez:……………………………………………………………………………………………………….

 (imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

*Prawdziwość powyższych danych potwierdzam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji oraz odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego.*