### Załącznik nr 3 do SWZ

(Nazwa, adres Wykonawcy

Znak sprawy: **BOPS.271.4.2022**

#### WYKAZ OSÓB

skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie usług wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonym w trybie podstawowym wariant 1 – zamówienia na usługi społeczne i inne szczególne usługi art. 359 pkt 2 ustawy Pzpna:

***„Świadczenie usług z zakresu terapii integracji sensorycznej i usług logopedycznych na potrzeby realizacji projektu pn. „Rozwój usług społecznych w Gminie Brześć Kujawski” – GRUPA 4***

OŚWIADCZAM(Y), że w wykonaniu niniejszego zamówienia będą uczestniczyć następujące osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko | Wykształcenie/ Kwalifikacje zawodowe | Doświadczenie  (w miesiącach) | Zakres wykonywanych czynności | Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………….dnia ………………. .………………………………………………………..

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy