**Wykonawca:**

……………………………………………………………………………………………………..………

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**reprezentowany przez:**

……………………………………

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji

**Zamawiający:**

**Powiat Pabianicki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie**

**ul. Traugutta 6a**

**95-200 Pabianice**

# WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA

Na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu oświadczam / oświadczamy, że przy realizacji zamówienia będą uczestniczyły następujące osoby):

| **Lp.** | **Imię i Nazwisko** | **Planowany zakres wykonywanych czynności** | **Wykształcenie** | **Staż pracy** | **Informacja o podstawie dysponowania wskazanymi osobami****(wskazane formy współpracy tj.: np. umowa o pracę, umowa zlecenie)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………..……......, dnia……………....……… .....................................................

pieczątka i podpis wykonawcy/ wykonawców