**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**  **(stopień, kierunek, ewentualne dodatkowe kwalifikacje)** | **Doświadczenie w pracy z dziećmi** | **Informacja o podstawie dysponowania wskazanymi osobami**  **(wskazane formy współpracy tj.: np. umowa o pracę, umowa zlecenie)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Ponadto deklaruję/deklarujemy\*, że dysponuję/dysponujemy\* dodatkowym personelem, niezbędnym do prawidłowego wykonania usługi, tj. m.in. obsługi stoisk gastronomicznych itp.

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

pieczątka i podpis wykonawcy/ wykonawców

\*niepotrzebne skreślić