**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