**Wykonawca:**

…………………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

……………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji*

**Zamawiający:**

**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 „Zorganizowanie i przeprowadzenie usługi o nazwie „kurs samoobrony” dla łącznie 10 dzieci z pieczy zastępczej przez 3 miesiące w ramach projektu „Razem damy radę” realizowanego w powiecie pabianickim dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa IX Włączenie społeczne, Działanie IX.2 Usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie IX.2.1 Usługi społeczne i zdrowotne.

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