

.....

.....

Nazwa i adres Wykonawcy

**„Świadczenie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych w tym dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla podopiecznych Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Chodzieży w 2023 r.”**

**Wykaz osób, które będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia**

| Lp. | Imię i nazwisko | Doświadczenie                    |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       | Podstawa dysponowania |
|-----|-----------------|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
|     |                 | w świadczeniu usług opiekuńczych | w świadczeniu usług specjalistycznych zgodnie z § 3.1 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych | w świadczeniu usług specjalistycznych zgodnie z § 3.2 Rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej z dnia 22.09.2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |
|     |                 |                                  |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                       |                       |

....., dnia ..... 2022 r.

.....

( podpis osoby upoważnionej)