*Załącznik nr 4 do Zapytania ofertowego*

 *nr* GOPS.SKO 260. 111/2021

*Wykaz osób skierowanych do wykonywania zamówienia*

**Wykonawca:**

……………………………………………………………….

………………………………………………………………..

(imię i nazwisko / pełna nazwa firmy/, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

………………………………………………………..

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**WYKAZ OSÓB**

**skierowanych przez Wykonawcę do świadczenia usług opieki wytchnieniowej**

Składając ofertę w przedmiotowym zapytaniu ofertowym oświadczam, że do wykonania przedmiotu zamówienia skieruję minimum 3 niżej wymienione Osoby posiadające wymagane wykształcenie i doświadczenie zawodowe określone w zapytaniu.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby wskazanej do świadczenia usług opieki wytchnieniowej** | **Wykształcenie osoby wskazanej do świadczenia opieki wytchnieniowej** | **Doświadczenie zawodowe osoby wskazanej do świadczenia opieki wytchniniowej**  | **Stosunek Wykonawcy do dysponowania osobą (wpisać właściwe:** (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

(nazwa i adres wykonawcy lub pieczątka firmowa) (podpis osoby uprawnionej)

……………………………………..……….…dnia ……………………….….……. r.