**Załącznik 4 do zapytania ofertowego**  ……………………., dnia ……………….roku

**Wykaz osób, którymi dysponuje Wykonawca do realizacji zamówienia wraz z opisem
 ich kwalifikacji oraz doświadczenia oraz informację o miejscu realizacji turnusu**

**Dane Zamawiającego**

**Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice**Reguły, ul. Aleja Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice

tel.: 22 350 91 20, e-mail: sekretariat@gops.michalowice.pl

**Wykonawca oświadcza, że dysponuje lub będzie dysponował do realizacji zamówienia poniższymi osobami:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko** | **Pełniona funkcja** | **Opis kwalifikacji zgodnie z art. 92p ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 2018 z późniejszymi zmianami)** | **Podstawa dysponowania** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Miejsce realizacji turnusu: ……………………………………………………………………..

 ……………………………………..

 czytelny podpis osoby uprawnionej ze strony Wykonawcy