

....., dnia .....

(Imię i nazwisko/Nazwa organizacji/firmy)

.....

(Adres)

.....

(e-mail/ tel. kontaktowy)

### WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Usługa indywidualna asystencka w ramach Projektu ABC – samodzielności dla osób z niepełnosprawnością w Wielkopolsce współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Priorytet VII „Włączenie społeczne” Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne.”

Lp.	Nazwisko i Imię	Opis posiadanych kwalifikacji i doświadczenia	Doświadczenie w pracy z osobą niepełnosprawną	Podstawa do dysponowania osobami

**Pisemne zobowiązania innych podmiotów** do oddania Wykonawcy do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia – w przypadku, jeżeli Wykonawca wykazując spełnianie warunków, o których mowa w art. 22 ust.1 Ustawy *Prawo zamówień publicznych*, polega na zasobach tych podmiotów na zasadach określonych w art. 22a ustawy Pzp.

.....  
(podpis(y) osoby(ów) uprawnionej(ych), pieczęcie)