Dane Wykonawcy:

………………………………..

………………………………..

………………………………..

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU ZAMÓWIENIA**

Nazwa zamówienia:***Kompleksowa organizacja i przeprowadzenie dwudniowego spotkania regionalnego dotyczącego wdrożonego modelu na rzecz deinstytucjonalizacji usług w województwie opolskim.***

Dysponuję/Dysponujemy lub będę/będziemy dysponować następującymi osobami, które będą wykonywać zamówienie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenie kwalifikacje zawodowe** | **Doświadczenie opisać – zgodnie z treścią oferty i wymaganiami w SWZ** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą****Umowa zlecenie/o pracę/osobiste świadczenie** |
| 1 |  |  |  |  |  |

**Uwaga: w przypadku korzystania z potencjału osobowego podmiotu trzeciego należy dołączyć** **pisemne zobowiązanie tego podmiotów do oddania mu do dyspozycji niezbędnych osób na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia. W przypadku prowadzenia przez te osoby samodzielnej działalności należy do oferty dołączyć pisemne zobowiązanie tych osób do podjęcia się pełnienia określonej funkcji w okresie wykonywania przedmiotu niniejszego zamówienia.**

***Informacja dla wykonawcy:***

*Oświadczenie musi być opatrzone przez osobę lub osoby uprawnione do reprezentowania Wykonawcy* ***kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym (e-dowodem).***