**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**Nr postępowania: MGOPS.271.3.2016**

**WYKAZ OSÓB[[1]](#footnote-1),**

**SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie** | **Podstawa do dysponowania osobą** |
|  |  | koordynator | Należy podać liczbę usług (1 usługa=1 umowa dot. świadczenia usług opiekuńczych), w wykonywaniu których osoba pełniła funkcję koordynatora (lub podobną): …………… |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |
|  |  | opiekunka/ opiekun | Nie dotyczy |  |

.................................................

Miejscowość i data

....................................................

Podpis i pieczątka Wykonawcy lub

uprawnionego przedstawiciela Wykonawcy

1. Składany na wezwanie Zamawiającego [↑](#footnote-ref-1)