**Załącznik nr 6 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA
wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia
i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego**

1. **ZAMAWIAJĄCY:**

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi

90-012 Łódź, ul. Kilińskiego 102/102a

1. **WYKONAWCA:**

Niniejsza oferta zostaje złożona przez[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa(y) Wykonawcy(ów) | Adres(y) Wykonawcy(ów) |
|  |  |  |
|  |  |  |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, pn. **Zorganizowanie**

**i przeprowadzenie szkolenia zawodowego „Kurs komputerowy podstawowy” dla 100 uczestników projektu pn. „Furtka do aktywizacji”**, oświadczam (oświadczamy)\*, że w realizacji zamówienia brać będzie/będą następujący prowadzący / trenerzy:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko prowadzącego / trenera** | **Wykształcenie** | **Doświadczenie prowadzącego/ trenera- nazwa szkolenia, data przeprowadzenia szkolenia oraz nazwa podmiotu na rzecz którego zostały wykonane** | **Liczba osób, które zostały objęte szkoleniem** | **Informacja o podstawie do dysponowania tymi osobami** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………….……… | ……………………………………………………………….. |
| Miejscowość / Data | Podpis(y) osoby(osób) upoważnionej(ych) do podpisania niniejszej oferty w imieniu Wykonawcy(ów).Oferta w postaci elektronicznej winna być podpisana w formie kwalifikowanego podpisu elektronicznego lub w postaci podpisu zaufanego lub w postaci podpisu osobistego. |

1. Wykonawca modeluje tabelę powyżej w zależności od swego składu. [↑](#footnote-ref-1)