Załącznik Nr 4

**Zamawiający:**

Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łochowie

ul. Aleja Pokoju 75, 07-130 Łochów

**WYKAZ OSÓB, KTÓRYMI DYSPONUJE WYKONAWCA**

**Wykonawca:** .......................................................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko opiekunki/opiekuna | Forma zatrudnienia, data od do | Wykształcenie, kwalifikacje, doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Miejscowość, data .................................

..………………………………………………

(podpis Wykonawcy lub podpis i pieczęć imienna osoby/osób

właściwej/ych do reprezentowania Wykonawcy)