**Załącznik nr 4 do SWZ  
DAK.221.7.2022**

……………………………………….  
 Pieczątka Wykonawcy

**Wykaz osób świadczących usługi**

Oświadczam, że usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej będą świadczyć następujące osoby:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.P.** | **Osoba świadcząca usługi\*** | **Doświadczenie zawodowe (w miesiącach) przy świadczeniu przy udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym** |
| 1. | Asystent Nr 1 |  |
| 2. | Asystent Nr 2 |  |
| 3. | Asystent Nr 3 |  |
| 4. | Asystent Nr 4 |  |
| 5. | Asystent Nr 5 |  |
| **Suma** | | ………………….\*\* |

\* *nie wpisywać imion i nazwisk, na tym etapie postępowanie nie są one wymagane*

*\*\*Stanowi kryterium oceny oferty*