**GOPS.341.1.1.1.23 Załącznik nr 7 do SWZ**

Numer referencyjny

postępowania

 **Zamawiający:**

 **Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Obrowie**

 **ul. Aleja Lipowa 27**

 **87-126 Obrowo**

**Wykonawca:**

………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**OŚWIADCZENIE
na temat wykształcenia i kwalifikacji zawodowych Wykonawcy
lub kadry kierowniczej Wykonawcy**

Oświadczamy, że osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, którego
przedmiotem jest świadczenie usługi pod nazwą pod nazwą: „**Specjalistyczne Usługi Opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla mieszkańców Gminy Obrowo”** posiadają wymagane wykształcenie i kwalifikacje zawodowe określone w rozdziale VI SWZ.