Zał.4 do SWZ (składany wraz z ofertą)

Nr referencyjny DAR 2211.1.2024

WYKAZ OSÓB ( KOORDYNATOR)

Przystępując do postępowania o udzielnie zamówienia publicznego na

„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie miasta Raciborza”

Działając w imieniu

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

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

*( nazwa i adres wykonawcy)*

Oświadczam, że KOORDYNATOR ………………………………………………………,……………….

(Imię i nazwisko)

Posiada następujące doświadczenie w koordynowaniu usługami opiekuńczymi

o których mowa w ustawie o pomocy społecznej i będzie koordynował usługami opiekuńczymi w przypadku wyboru naszej oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Okres koordynowania usługami opiekuńczymi, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej | | Nazwa odbiorcy usług opiekuńczych 1)  dokładny adres / tel. kontaktowy |
|  | data rozpoczęciadd/mm/rok | data zakończeniadd/mm/rok |  |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |

1. Jednostka, w której wskazana osoba koordynowała usługi opiekuńcze, o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej

**Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli powyższych danych.**

1. Doświadczenie koordynatora, co najmniej dwu letnie **( tj. 24 m-ce)** zgodnie   
   z postawionym warunkiem

* *Oświadczenie składa się, pod rygorem nieważności, w formie elektronicznej  
   (w postaci elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym)  
   lub w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym,*