

Załącznik 4 do SWZ (składany wraz z ofertą)

Nr referencyjny DAR 2211.8.2022

WYKAZ OSÓB (KOORDYNATOR)

Przystępując do postępowania o udzielenie 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 rozpoczęcia dd/mm/rok	data zakończenia dd/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.

2) 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 ,