Zał.4 do SWZ (składany na wezwanie Zamawiającego

Nr referencyjny DAR 2211.2.2021

WYKAZ OSÓB (KOORDYNATOR)

Przystępując do postępowania o udzielnie zamówienia publicznego na Pn „Świadczenie usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie miasta Raciborza

Działając w imieniu

.....

.....

(nazwa i adres wykonawcy)

Oświadczam, że KORDYNATOR

……,…….

(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-data rozpoczęcia dd/mm/rok	Okres koordynowania usługami opiekuńczymi-data zakończenia dd/mm/rok	Nazwa odbiorcy usług opiekuńczych [1)] dokładny adres / tel. kontaktowy
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 min. 2 lata 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 ,*