Zał.nr 5 do SWZ (składany na wezwanie

Nr referencyjny DAR 2211.7.2023 Zamawiającego)

WYKAZ OSÓB ( POZOSTAŁY PERSONEL)

 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)*

 Załącznik nr 1 do umowy

przedkładam wykaz osób, o których mowa w rozdziale VIII pkt.2 ppkt 5 lit b) SWZ
i oświadczam, że dysponuję lub będę dysponował w dacie wykonywania zamówienia, w miejscu jego wykonywania osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia oraz że niżej wymienione osoby posiadają wymagane kwalifikacje do świadczenia usług opiekuńczych, o których mowa w przedmiocie zamówienia

|  |
| --- |
| Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi |
| Lp | Nazwisko i imię  | Kwalifikacje 1)ukończona szkoła | doświadczenie zawodowe 1) | Posiadane przeszkolenie1)TAK/NIE |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

1. *Wymagane wykształcenie oraz doświadczenie, przeszkolenie zgodnie Rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych*
* *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,*