Zał.4 do SWZ (składany wraz z ofertą)

Nr referencyjny: DAR 2211.6.2023

WYKAZ OSÓB ( KOORDYNATOR)

Przystępując do postępowania o udzielnie zamówienia publicznego na

„Świadczenie usług opiekuńczych, specjalistycznych usług opiekuńczych 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 |  |  |  |

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

Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli powyższych danych.

1. 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,*