

Załącznik 4 do SWZ (składany wraz z ofertą)

Nr referencyjny: DAR 2211.7.2022

WYKAZ OSÓB (KOORDYNATOR)

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

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,