Zał.nr 5 do SWZ (składany na wezwanie

nr referencyjny DAR 2211.6.2023 Zamawiającego)

WYKAZ OSÓB ( POZOSTAŁY PERSONEL)

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)*

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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Nazwisko i imię | Kwalifikacje ukończona szkoła, kursy | |
| **Usługi opiekuńcze** | | | |
| 1 |  |  | |
| 2 |  |  | |
| 3 |  |  | |
| 4 |  |  | |
| 5 |  |  | |
| 6 |  |  | |
| 7 |  |  | |
| 8 |  |  | |
| 9 |  |  | |
| 10 |  |  | |
| **Specjalistyczne usługi opiekuńcze** | | | |
| lp | Nazwisko i imię | Kwalifikacje zawodowe  ukończona szkoła, | Posiadane przeszkolenie **zgodnie z  § 3 ust.4 Rozporządzenia** Rady Ministrów Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r.,(TAK/NIE) |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

* *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.*