

Numer referencyjny: FK.26.13.2022

Załącznik nr 9 do SWZ

.....
(Nazwa i adres Wykonawcy)

....., dnia 2022 r.

WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

składany do postępowania pn. „Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania klientów Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Busku-Zdroju”

wykaz osób, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, w szczególności odpowiedzialnych za świadczenie, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych i doświadczenia

Lp.	Imię i nazwisko	Wymagania minimalne kadry:	Postawa do dysponowania osobą
1		Koordynator wykształcenie wyższe oraz doświadczenie w zarządzaniu osobami zajmującymi się opieką udzielaną w warunkach domowych minimum 3 lata (należy określić miejsce oraz daty nabytego doświadczenia)	własne / oddane do dyspozycji *
2		wykształcenie medycznemiesięczne doświadczenie związane ze świadczeniem usług związanych z opieką nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych(należy określić miejsce oraz daty naby- tego doświadczenia)	własne / oddane do dyspozycji *
3		wykształcenie i kursmiesięczne doświadczenie związane ze świadczeniem usług związanych z opieką nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych(należy określić miejsce oraz daty naby- tego doświadczenia)	własne / oddane do dyspozycji *

Dokument musi być podpisany kwalifikowanym
podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym
lub elektronicznym podpisem osobistym

Numer referencyjny: FK.26.13.2022

4		wykształcenie i kursmiesięczne doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych (należy określić miejsce oraz daty nabytego doświadczenia)	własne / oddane do dyspozycji *
5		wykształcenie i kursmiesięczne doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych (należy określić miejsce oraz daty nabytego doświadczenia)	własne / oddane do dyspozycji *
6		wykształcenie i kursmiesięczne doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych (należy określić miejsce oraz daty nabytego doświadczenia)	własne / oddane do dyspozycji *
7		wykształcenie i kurs doświadczeniem związanym ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych (należy określić miejsce oraz daty nabytego doświadczenia)	własne / oddane do dyspozycji *

* niepotrzebne skreślić (jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno-prawnej pozostawiamy własne)

Uwaga! oświadczam(my), że **osoba wskazana**, będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiada uprawnienia wymagane w postawionym warunku w SWZ i może sprawować wymienioną funkcję.

* niepotrzebne skreślić (jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno-prawnej pozostawiamy własne)

*Dokument musi być podpisany kwalifikowanym
podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym
lub elektronicznym podpisem osobistym*