

Nazwa Wykonawcy (Wykonawców w przypadku oferty wspólnej):

.....

Adres: .....

### WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Dla zadania pod nazwą: „Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania klientów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białogardzie w roku 2020”.

L.p	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe (szkolenia, kursy itp. zgodnie z warunkiem określonym w pkt. III. 1.1 lit.a) ogłoszenia	Posiadane doświadczenie w wykonywaniu usług opiekuńczych (staż pracy oraz nazwa podmiotu dla którego świadczono były usługi opiekuńcze)
0	1	2	4
1			
2			
3			
4			

**Uwaga:**

1. Za minimalny poziom zdolności uznane zostanie wykazanie przez Wykonawcę, dysponuje osobami zdolnymi do realizacji zamówienia, tj. **minimum 4 osobami**, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia i ukończyły co najmniej szkolenie wewnętrzne zorganizowane przez Wykonawcę w zakresie objętym przedmiotem zamówienia lub ukończyły kurs siostry PCK, lub posiadają kurs opiekunek osób starszych/niepełnosprawnych lub inne kwalifikacje bądź doświadczenie do świadczenia usług opiekuńczych
2. W przypadku przedstawienia w wykazie osób, którymi Wykonawca będzie dysponował za zgodą innych podmiotów wymagane jest przedłożenie pisemnego zobowiązania tych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia.

Data .....

.....  
*Podpis i pieczęć osób(-y) wskazanych w dokumencie  
upoważniającym do występowania w obrocie prawnym  
lub posiadające pełnomocnictwo*