

Numer wewnętrzny sprawy: ZP.330- 5/ 21

UWAGA

Niniejszy dokument elektroniczny należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.

Edytowanie treści dokumentu elektronicznego po jego podpisaniu może skutkować naruszeniem integralności podpisu, a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty.

Uwaga: Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie poszczególnych tabel.

Zamawiający:

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich
ul. Szkolna 17
41- 100 Siemianowice Śl. (Polska)

Wykonawca:

(odpowiednio - pełna nazwa/firma, adres)

WYKAZ OSÓB

WSKAZANYCH DO ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla klientów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich w 2022 r.“

Niniejszym oświadczam(y), że dysponuję(emy) niżej wymienionymi osobami, które będą wykonywać przedmiotowe zamówienie:

L.p!	Nazwisko i imię	Kwalifikacje zawodowe *) (wykształcenie, nazwa ukończonej szkoły, ukończony kierunek studiów, tytuł zawodowy)	Kwalifikacje zawodowe *) (nazwy odbytych kursów, szkoleń – zgodnych z wymaganiami zawartymi w Rozporządzeniu w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych)	Doświadczenie*) (staż pracy, tj. czasookres, stanowisko i informacja w jakiej jednostce był/jest odbywany) czasookres należy wskazać: Od: dd.mm.rr. do dd.mm.rr.	Podstawa do dysponowania osobą**
1				- Od: do: - stanowisko: - nazwa jednostki:	

2				- Od: do: - stanowisko: - nazwa jednostki:	
3				- Od: do: - stanowisko: - nazwa jednostki:	

Oświadczam, że w przypadku zmiany wskazanych powyżej osób wykonujących specjalistyczne usługi opiekuńcze poinformuję Zamawiającego pisemnie o fakcie przystąpienia nowej osoby do realizacji usług (przed podjęciem wykonywania usług przez daną osobę) lub o fakcie zaprzestania świadczenia usług przez konkretną osobę. Ponadto dostarczę Zamawiającemu dokumenty potwierdzające, że dana osoba spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. z 2005 r., nr 189, poz. 1598 z późn. zm.).

**) wpisać posiadane przez wskazaną osobę kwalifikacje do świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczy dla osób z zaburzeniami psychicznymi określone w § 3 Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz.U. z 2005 r. nr 189, poz. 1598 z późn. zm.).*

***) Kolumnę „PODSTAWA DO DYSPONOWANIA OSOBA” należy uzupełnić odpowiednio poprzez wpisanie : „Zasób własny” albo „Zasób innego podmiotu”. W przypadku wpisania „Zasób innego podmiotu” należy wpisać również jaki to podmiot.*