

OPS.DO.261.2.2025

.....
nazwa i adres wykonawcy
(pieczęć firmowa)

.....
miejscowość i data

WYKAZ OSÓB

Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności, oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami – **usługi opieki wytnieniowej min. 6 osób**

Lp.	Imię i nazwisko (osoby, która będzie uczestniczyć przy realizacji zamówienia)	Wykształcenie	Dyplom potw. kwalifikacje w zawodzie asystent osoby niepełnosp./ pielęgniarza lub innym zapewniającym realizację usługi opieki wytnieniowej w zakresie adekwatnym do indywidualnych potrzeb osoby	Osoby posiadające co najmniej 6-miesięczne udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym, w tym np.doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu itp.	Podstawa do dysponowania osobą (np. umowa o pracę, umowa zlecenie)

Oświadczam, że:

dysponuję osobami posiadającymi kwalifikacje wymagane w Zapytaniu w sprawie świadczenia usług opiekuńczych - Program "Opieka wytnieniowa"- 2025

.....
(data i podpis wykonawcy lub osoby upoważnionej)