Zał.5 do SWZ

 (składany na wezwanie Zamawiającego )

Nr referencyjny ……………………….

WYKAZ OSÓB ( KOORDYNATOR)

Przystępując do postępowania o udzielnie zamówienia publicznego na

Pn **„Świadczenie podstawowych usług opiekuńczych na terenie miasta Jastrzębia - Zdroju”**

Działając w imieniu

.......................................................................................................................................

........................................................................................................................................

 *( nazwa i adres wykonawcy)*

Oświadczam, że KORDYNATOR ………………………………………………………,……………….

(Imię i nazwisko)

Posiada następujące doświadczenie w koordynowaniu usługami opiekuńczymi o których mowa w ustawie o pomocy społecznej i będzie koordynował usługami opiekuńczymi w przypadku wyboru naszej oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LP | Okres koordynowania usługami opiekuńczymi-data rozpoczęciadd/mm/rok | Okres koordynowania usługami opiekuńczymi-data zakończeniadd/mm/rok | Nazwa odbiorcy usług opiekuńczych 1)dokładny adres / tel. kontaktowy |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |

1. Jednostka w której wskazana osoba koordynowała usługi opiekuńcze o którym mowa w ustawie o pomocy społecznej

Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli powyższych danych.

1. Doświadczenie koordynatora min. 2 lata zgodnie z postawionym warunkiem
* *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 ,*