**Załącznik nr 5 .1 do SWZ**

Zamawiający:

Ośrodek Pomocy Społecznej w Stęszewie

ul. Poznańska 11, 62-060 Stęszew

**Wykonawca:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Wykonawcy** |  |
| **Adres Wykonawcy** |  |
| **Numer NIP/PESEL, KRS/CEIDG** |  |
| **Telefon** |  |
| **e-mail** |  |

**WYKAZ OSÓB**

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. *„Świadczenie usług opiekuńczych na rzecz osób starszych i niepełnosprawnych w miejscu zamieszkania na terenie miasta i gminy Stęszew od dnia 01.01.2024r. do 31.12.2024r.”* oświadczam/y celem potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu określonych w SWZ, że wykonamy zamówienie przy udziale następujących osób:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia | Doświadczenie w pracy z podopiecznymi (lata pracy i zakres wykonywanych czynności) | Wykształcenie | Podstawa do dysponowania |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

Wykaz musi zawierać minimum osiem osób (opiekunek z min. rocznym doświadczeniem) posiadających uprawnienia do pracy z podopiecznymi z tego 4 osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę. Wykonawca dołączy uprawnienia osób zawartych w wykazie a przed podpisaniem umowy dostarczy faktyczny wykaz osób wytypowanych do realizacji zadania wraz z umowami które zostały zawarte z opiekunkami jak również ich deklarację o chęci współpracy z podmiotem.

……………………………….. …………………………………………

Miejscowość, data podpis Wykonawcy/ osoby upoważnionej

**Dokument należy wypełnić i podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub**

**podpisem zaufanym lub podpisem osobistym.**

**Zamawiający zaleca zapisanie dokumentu w formacie PDF.**