|  |
| --- |
| **ZAŁĄCZNIK NR 8 DO SWZ – WYKAZ OSÓB,****KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA****DO POSTĘPOWANIA O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA PUBLICZNEGO PROWADZONEGO****W TRYBIE ART. 359 pkt 2 w zw. z ART. 275 PKT 1 USTAWY Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R. - PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH****(t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 1605 z późn. zm.) NA USŁUGĘ SPOŁECZNĄ****Świadczenie usług opiekuńczych w 2024 roku, z zakresu świadczeń pomocy społecznej określonych w art. 50 ustawy o pomocy społecznej, na rzecz i w miejscu zamieszkania podopiecznych OPS w Błoniu.** |

**Oświadczam (-y), że:**

**niżej wymienione osoby (personel) będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia OPS w Błoniu**

Zgodnie ze szczegółowymi warunkami udziału w postępowaniu, określonymi przez Zamawiającego w SWZ, Wykonawca niniejszym wykazuje, że dysponuje wymaganą ilością osób spełniających określone warunki.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko koordynatora osób, które będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia** | **Doświadczenie zawodowe****w koordynacji zgodne z ofertą****(lata, miesiące)**  | **Miejsce/a zdobywania doświadczenia****(nazwa/y)** | **Podstawa do dysponowania osobą.** **(umowa cywilnoprawna / stosunek pracy itp.)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko osób, które będą uczestniczyć w realizacji przedmiotu zamówienia bezpośrednio u podopiecznych OPS w Błoniu** | **Doświadczenie zawodowe dotyczące opieki/pomocy osobom starszym****zg. z ofertą****(lata, miesiące)**  | **Miejsce zdobywania doświadczenia** | **Podstawa do dysponowania osobą.** **(umowa cywilnoprawna / stosunek pracy itp.)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |

Oświadczam (y), że osoby realizujące zamówienie nie są karane i posiadają dobry stan zdrowia i spełniają pozostałe warunki określone w SWZ.

………………… *(miejscowość)*, data: …………………

 ………………….……………………………………

 *(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy)*