Załącznik nr 7 do SWZ

**Wzór wykazu osób**

Znak postępowania: MOPS.271.9.2021.GN

**ZAMAWIAJĄCY:**

Zamawiający: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej we Włodawie

Adres: Al. J. Piłsudskiego 41, 22-200 Włodawa

Nr telefonu: 82/ 57 21 321

Adres poczty elektronicznej: mops@wlodawa.eu

Strona internetowa Zamawiającego: www.mops.wlodawa.eu

Strona BIP Zamawiającego: mopswlodawa.bip.lubelskie.pl

Godziny urzędowania: poniedziałek – piątek, godz. 7:30 – 15:30

Strona internetowa prowadzonego postępowania [URL]: https://platformazakupowa.pl/pn/wlodawa

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

 *(pełna nazwa/firma/imię i nazwisko, adres,
w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

**reprezentowane przez:**

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

…………………………………………………..……

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, którego przedmiotem jest zadanie pn.: „Świadczenie usługi asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej na potrzeby mieszkańców gminy miejskiej Włodawa”,przedkładam:

**WYKAZ OSÓB, SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ**

**zgodnie z warunkiem określonym w pkt 6.1.4. SWZ**

**w zakresie części ……… zamówienia**

| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Informacje na temat kwalifikacji zawodowych, posiadane uprawnienia****spełniające wymagania określone** **w pkt 6.1.4. ppkt 1 SWZ** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Doświadczenie****(należy wpisać posiadane****doświadczenie)** | **Informacja o podstawie dysponowania osobą** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. |  | **Posiada:**1. kwalifikacje w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej lub opiekun osoby starszej bądź opiekun medyczny (potwierdzone kopią dyplomu/ świadectwa)

**TAK / NIE***(zaznaczyć właściwe)***lub**1. co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu (udokumentowane zaświadczeniem od pracodawcy, kopią świadectwa pracy lub innym dokumentem, z którego wynika charakter i okres zatrudnienia)

**TAK / NIE***(zaznaczyć właściwe)***Poniżej należy wpisać:**faktycznie posiadane wykształcenie:……………………………………………..……………………………………………..…………………………………………….. | Czynności asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej |  |  |

**Uwaga:**

W przypadku, gdy wskazana osoba jest Wykonawcą lub związana jest z Wykonawcą stosunkiem prawnym (np. umowa cywilnoprawna lub umowa o pracę lub zobowiązanie kierownika budowy do współpracy) **w kolumnie 4** należy wpisać **„*zasób własny*”**.

W przypadku, gdy wskazana osoba jest udostępniona Wykonawcy przez inny podmiot będący jej pracodawcą (np. na podstawie przepisów o przeniesieniu lub oddelegowaniu pracownika) **w kolumnie 4** należy wpisać ***„zasób udostępniony”*.**

**Potwierdzenie posiadanych przez podaną w wykazie osobę kwalifikacji i doświadczenia wybrany Wykonawca będzie zobowiązany dostarczyć Zamawiającemu przed podpisaniem umowy.**

*Podpis złożony zgodnie z wymogami rozdziału 11 SWZ*