**Załącznik nr 5**

**Nazwa (firma) wykonawcy i adres pocztowy:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Dla zadania pod nazwą: **,,Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania klientów Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Karlinie w roku 2019”.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe(szkolenia, kursy itp. zgodnie z warunkiem określonym w rozdziale III pkt 1 ogłoszenia o zamówieniu |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| … |  |  |

**Uwaga:**

1. Za minimalny poziom zdolności uznane zostanie wykazanie przez Wykonawcę, dysponuje osobami zdolnymi do realizacji zamówienia, tj. **minimum 4 osobami**, które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia i ukończyły co najmniej szkolenie wewnętrzne zorganizowane przez Wykonawcę w zakresie objętym przedmiotem zamówienia lub ukończyły kurs siostry PCK, lub posiadają kurs opiekunek osób starszych/niepełnosprawnych lub inne kwalifikacje do świadczenia usług opiekuńczych.

2. W przypadku przedstawienia w wykazie osób, którymi Wykonawca będzie dysponował za zgodą innych podmiotów wymagane jest przedłożenie pisemnego zobowiązania tych podmiotów do udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia.

3. Osoba(y) składająca oświadczenie świadoma jest odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu Karnego.

**Miejscowość: ................................................, data: ….........2019r.**

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

 ***podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)***

 ***do reprezentowania wykonawcy***