Załącznik nr 5

do ogłoszenia o zamówieniu

Nr sprawy: MGOPS.271.1.2020

Nazwa Wykonawcy: .....................................................................................................................

AdresWykonawcy: .......................................................................................................................

**Tabela nr 1 - WYKAZ WYKONANYCH LUB WYKONYWANYCH USŁUG**

*Należy wykazać co najmniej dwa zamówienia zrealizowane lub realizowane w okresie ostatnich trzech lat przed upływem terminu składania ofert, polegające na wykonywaniu usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania świadczeniobiorców, realizowane w sposób ciągły przez okres co najmniej 10 miesięcy, o wartości co najmniej 100.000,00 zł*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lp* | *Nazwa i adres odbiorcy usługi*  *(podmiotu na rzecz którego były świadczone usługi)* | *Zakres usługi* | *Okres realizacji usługi*  *(podać daty od-do)* | *Wartość usługi brutto* |
| *1* |  |  |  |  |
| *2* |  |  |  |  |

Wszystkie kolumny wykazu muszą zostać obowiązkowo wypełnione w opisanym zakresie!

Do wykazu należy dołączyć referencje potwierdzające, że usługi wskazane w wykazie zostały wykonane lub są wykonywane należycie.

Data:..................................

----------------------------------------------------

Podpis upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

Nr sprawy: MGOPS.271.1.2020

**Tabela nr 2 - WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | *Imię i nazwisko osób wskazanych do realizacji zamówienia  (świadczenia usług opiekuńczych)* | *Kwalifikacje* | | *Doświadczenie w świadczeniu usług opiekuńczych i/lub specjalistycznych usług opiekuńczych w wymiarze minimum 12 miesięcy w jednostkach świadczących tego typu usługi* | | *Informacja o podstawie*  *dysponowania osobą*  *(np.  umowa o pracę, umowa zlecenie )* |
| *Wykształcenie* | *Ukończony kurs/szkolenie dla* opiekunów domowych; zawód pielęgniarki, położnej, rehabilitanta, fizjoterapeuty, masażysty, pracownika socjalnego, inny zawód pokrewny *(pełna nazwa kursu/szkolenia , nazwa i adres podmiotu szkolącego, nr zaświadczenia/dyplomu)* | *Okres doświadczenia*  *( w miesiącach)* | *Pełna nazwa jednostki, w której zostało nabyte doświadczenie* |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |

Wszystkie kolumny wykazu muszą zostać obowiązkowo wypełnione w opisanym zakresie!

Data:..................................

----------------------------------------------------

Podpis upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy

Nr sprawy: MGOPS.271.1.2020

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w wykazach są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Data:..................................

----------------------------------------------------

Podpis upoważnionego

przedstawiciela Wykonawcy