Załącznik nr 8A do SWZ

**WYKAZ OSÓB**

Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………..

reprezentowany przez: ………………………………………………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

przystępując do prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie postępowania o udzielenie zamówienia pn.**”Świadczenie usług asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej”** składam wykaz następujących osób:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko asystenta | Kod pocztowy i miejscowość zamieszkania asystenta | Wykształcenie  (nazwa szkoły, kierunek) lub ukończone kursy szkolenia | Udokumentowane  doświadczenie, w tym zawodowe, w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym  wskazać okres od –do (dd/mm/rrrr) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| .. |  |  |  |  |
| .. |  |  |  |  |

Wykonawca jest związany przedstawionym przez siebie wykazem kadry, a zatem zobowiązuje się zatrudnić te osoby od początku wykonywania umowy. W przypadku konieczności zastąpienia którejkolwiek z osób wymienionych powyżej, Wykonawca winien przedłożyć Zamawiającemu, celem akceptacji, pisemny wniosek zawierający dane osoby zastępującej wraz ze wskazaniem jej kwalifikacji, które nie mogą być niższe niż osoby zastępowanej. Wykonawca może rozpocząć realizację umowy wymieniając max. 20% osób z powyższego wykazu, w przeciwnym razie Zamawiający uzna, że podmiot nie dysponował odpowiednią liczba kadry.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Miejscowość i data: ............................................

Załącznik nr 8B do SWZ

**WYKAZ OSÓB**

Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………..

reprezentowany przez: ………………………………………………………………………………………….

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko opiekuna | Kod pocztowy i miejscowość zamieszkania asystenta | Wykształcenie  (nazwa szkoły, kierunek) lub ukończone kursy szkolenia | Udokumentowane  doświadczenie, w tym zawodowe, w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym  wskazać okres od –do (dd/mm/rrrr) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| .. |  |  |  |  |
| .. |  |  |  |  |

przystępując do prowadzonego przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Iławie postępowania o udzielenie zamówienia pn.**”Świadczenie usług opieki wytchnieniowej”** składam wykaz następujących osób:

Wykonawca jest związany przedstawionym przez siebie wykazem kadry, a zatem zobowiązuje się zatrudnić te osoby od początku wykonywania umowy. W przypadku konieczności zastąpienia którejkolwiek z osób wymienionych powyżej, Wykonawca winien przedłożyć Zamawiającemu, celem akceptacji, pisemny wniosek zawierający dane osoby zastępującej wraz ze wskazaniem jej kwalifikacji, które nie mogą być niższe niż osoby zastępowanej. Wykonawca może rozpocząć realizację umowy wymieniając max. 20% osób z powyższego wykazu, w przeciwnym razie Zamawiający uzna, że podmiot nie dysponował odpowiednią liczba kadry.

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

Miejscowość i data: ............................................