**Nr postępowania: ZPiOŚ.2710.8.2024.MŁas**

**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Wykonawca składa wraz z ofertą!!!**

**KRYTERIUM DOŚWIADCZENIE KOORDYNATORA**

Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego w trybie podstawowym bez negocjacji na zadanie pn.

**"Świadczenie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych na rzecz osób wymagających tej formy pomocy, zamieszkałych na terenie miasta i gminy Jasień w roku 2024"**

Działając w imieniu:

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

*(nazwa i adres wykonawcy)*

Oświadczam, że koordynator:

…………………………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

Posiada następujące doświadczenie w koordynowaniu usługami opiekuńczymi, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej i będzie koordynował usługami opiekuńczymi w przypadku wyboru naszej oferty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Okres koordynowania usługami opiekuńczymi o których mowa w Ustawie  o pomocy społecznej | | Nazwa odbiorcy usług opiekuńczych  Adres1) |
|  | Data rozpoczęcia  dd/mm/rok | Data zakończenia  dd/mm/rok |  |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |

1) Jednostka, w której wskazana osoba koordynowała lub koordynuje usługi opiekuńcze, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej.

**Na potwierdzenie powyższych danych należy dołączyć dokumenty, np. zanonimizowane kserokopie umów, świadectw pracy lub inne dokumenty, z których będzie wynikać, że osoba była lub jest zatrudniona i posiada odpowiednie doświadczenie.**

Zamawiający zastrzega sobie prawo kontroli powyższych danych.