Załącznik Nr 2 do SWZ

WYKAZ OSÓB KTÓRE BĘDĄ REALIZOWAŁY SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię osoby  realizującej specjalistyczne usługi opiekuńcze | Kwalifikacje wymienione w Rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych  (Dz.U.2005.189.1598)  TAK/NIE | Doświadczenie w realizacji SUO  Poniżej 1 roku/ powyżej 1 roku/powyżej 5 lat |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

Podpis osoby sporządzającej Podpis Wykonawcy