***Załącznik nr 7a do SWZ***

....................................................... ...................................., dnia ....................... 2024 r.

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**- Wykaz do punktacji -**

**kryterium oceny ofert**

składany do postępowania pn. **„Świadczenie usług pielęgnacyjno-opiekuńczych na rzecz osób wymagających opieki   
w miejscu zamieszkania na terenie miasta i gminy Pińczów”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia - opiekunowie (Do)**  Za wykazanie się minimum 10 opiekunkami z ilości osób wymaganych do realizacji zamówienia wskazanych w Rozdziale V ust. 4 lit. b) tiret 3 i 4 SWZ posiadającymi doświadczenie o długości:   * minimum 12 miesięcy: Wykonawca otrzyma 0 pkt. * minimum 24 miesięcy: Wykonawca otrzyma 10 pkt. * minimum 36 miesięcy: Wykonawca otrzyma 20 pkt. | **Postawa do dysponowania osobą** |
| 1 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |
| 2 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |
| 3 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |
| 4 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |
| 5 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |
| 6 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |
| 7 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |
| 8 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |
| 9 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |
| 10 | **…………………………………..** | doświadczenie związane ze świadczeniem usług w zakresie opieki nad osobami starszymi w warunkach domowych lub szpitalnych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Doświadczenie osób wyznaczonych do realizacji zamówienia - koordynator**  Za wykazanie się koordynatorem wyznaczonym do realizacji zamówienia wskazanym w Rozdziale VIII ust. 2 pkt. 3 lit. b) tiret 1 SWZ posiadającym doświadczenie o długości:   * minimum 36 miesięcy: Wykonawca otrzyma 0 pkt. * minimum 48 miesięcy: Wykonawca otrzyma 10 pkt. * minimum 60 miesięcy: Wykonawca otrzyma 20 pkt. | **Postawa do dysponowania osobą** |
| 1 | **…………………………………..** | **koordynator zarządzający opiekunkami**: wymagane wykształcenie wyższe oraz doświadczenie w zarządzaniu osobami zajmującymi się opieką udzielaną w warunkach domowych:  podać ilość miesięcy ………………………………………………. | własne / oddane do dyspozycji \* |

\* niepotrzebne skreślić (jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno-prawnej należy wskazać - własne)

**Uwaga!** oświadczam(my), **że osoba wskazana**, będzie uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiada uprawnienia wymagane w postawionym warunku w SWZ i może sprawować wymienioną funkcję.