Załącznik nr 7 do SWZ

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

**WYKAZ OSÓB DO PUNKTACJI**

Składany do zadania

**Pakiety rehabilitacyjne, edukacyjne spotkania, warsztaty i wyjazdy integracyjne wraz z działaniami prozdrowotnymi dla seniorów z Gminy Raków w ramach realizacji projektu pn. ,,Tworzenie Lokalnych Systemów Wsparcia dla Seniorów”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
| **CZĘŚĆ 1** | | | | |
| 1 | ………….. ………….. | Dietetyk lub fizjoterapeuta | osoba posiadająca **……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 2 letni okres doświadczenia) doświadczenie w pracy z osobami starszymi. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |
| **CZĘŚĆ 2** | | | | |
| 2 | ………….. ………….. | Fizjoterapeuta | osoba posiadająca **……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 2 letni okres doświadczenia) doświadczenie w pracy z osobami starszymi. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |
|  | ………….. ………….. | Prowadzący Nordic Walking | osoba 2) Osoba posiadająca doświadczenie i kwalifikacje (minimum Certyfikat) w prowadzeniu zajęć z nordic walking oraz**……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 2 letni okres doświadczenia) doświadczenie w w prowadzeniu zajęć z nordic walking. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |
| **CZĘŚĆ 3** | | | | |
| 3 | ………….. ………….. | Fizjoterapeuta | osoba posiadająca **……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 2 letni okres doświadczenia) doświadczenie w pracy z osobami starszymi. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |
| **CZĘŚĆ 4** | | | | |
| 4 | ………….. ………….. | Osoba prowadząca zajęcia | osoba posiadająca **……… letnie** (w przypadku braku wskazania przyjmuje się 3 letni okres doświadczenia) doświadczenie w prowadzeniu warsztatów dla osób starszych. | **Własne / oddane do dyspozycji \*** |

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