**Załącznik Nr 5 do SIWZ**

**Nazwa zadania: „Świadczenie klientom Ośrodka Pomocy Społecznej w Suchym Lesie usług opiekuńczych wchodzących w zakres świadczeń pomocy społecznej określonych w art. 50 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz.1283)”**

(znak postępowania:OPS.261-2/2025)

**(DOKUMENT SKŁADANY NA WEZWANIE ZAMAWIAJĄCEGO)**

…………………….., dnia ………………….

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchym Lesie**

ul.W.Bogusławskiego 17 62-002 Suchy Las

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEIDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Przystępując do postępowania w sprawie udzielenia zamówienia publicznego*,*

prowadzonego przez **Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchym Lesie** przedkładam:

1. **WYKAZ WYKONANYCH USŁUG, POTWIERDZAJĄCYCH SPEŁNIANIE WARUNKU, O KTÓRYM MOWA W rozdziale VIII ust. 4 pkt. 4.1 SWZ**

**(wykonanych w ciągu trzech ostatnich lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy – w tym okresie)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa i adres Zamawiającego** | **Wartość usług – liczba godzin zgodnie z warunkiem SWZ** | **Przedmiot zamówienia** | **Data realizacji** | |
| **Ilość godzin** | **rozpoczęcie** | **zakończenie** |
| 1. |  |  |  |  | |

*Załączam \_\_\_\_\_\_ dowodów (referencje, inne dokumenty)*

B) **Wykaz osób, skierowanych przez Wykonawcę do realizacji zamówienia publicznego, w szczególności odpowiedzialnych za koordynowanie i nadzór nad osobami realizującymi usługi opiekuńcze, wraz z informacjami na temat ich kwalifikacji zawodowych, uprawnień, doświadczenia i wykształcenia niezbędnych do wykonania zamówienia publicznego, a także zakresu wykonywanych przez nie czynności oraz informacją o podstawie do dysponowania tymi osobami.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rola (funkcja podczas realizacji zamówienia)** | **Imię i nazwisko, telefon, adres e-mail** | **Informacja o podstawie do dysponowania osobą** |
| **Koordynator usług opiekuńczych** |  |  |

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty*