**Załącznik nr 5 do SWZ**

**Wykonawca:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**reprezentowany przez:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**WYKAZ USŁUG**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**„Świadczenie usług prozdrowotnych w ramach Projektu "Utworzenie Centrum Usług Społecznych w Zielonej Górze"** oświadczam, że Wykonawca którego reprezentuję, w okresie ostatnich 3 lat (okres 3 liczy się wstecz od dnia, w którym upływa termin składania ofert), a jeżeli okres działalności jest krótszy – w tym okresie, wykonał następujące usługi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zamówienia** | **Podmiot, na rzecz którego usługa została wykonana  (nazwa, siedziba)** | **Przedmiot (rodzaj)  wykonanych usług\*\*** | **Wartość brutto wykonanych usług** | **Nazwa Wykonawcy\*\*\*** |
| 1 |  |  | Czy zamówienie dotyczyło usług obejmujących prowadzenie zajęć prozdrowotnych (w formie zajęć ruchowych lub teoretycznych)?  **TAK/NIE\***  *\*niepotrzebne skreślić* | …………………. zł. |  |
| 2 |  |  | Czy zamówienie dotyczyło usług obejmujących prowadzenie zajęć prozdrowotnych (w formie zajęć ruchowych lub teoretycznych)?  **TAK/NIE\***  *\*niepotrzebne skreślić* | …………………. zł. |  |

\*\* Należy podać informacje umożliwiające ocenę spełniania przez Wykonawcę warunku udziału w postępowaniu w zakresie zdolności technicznej i zawodowej w odniesieniu do doświadczenia, wskazujące na zakres zrealizowanych usług zgodnie z treścią warunku określonego w pkt. 5 ust. 1 ppkt 4) lit. a) SWZ.

**\*\*\* Jeżeli Wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji usług wykonywanych wspólnie z innymi wykonawcami, wykaz dotyczy usług, w których wykonaniu Wykonawca ten bezpośrednio uczestniczył, a w przypadku świadczeń powtarzających się lub ciągłych, w których wykonywaniu bezpośrednio uczestniczył lub uczestniczy.**

Dokument należy podpisać w formie elektronicznej, tj. w postaci elektronicznej podpisanej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub w postaci elektronicznej podpisane podpisem zaufanym lub w postaci elektronicznej podpisane podpisem osobistym.

**Załącznik nr 6 do SWZ**

**Wykonawca:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**reprezentowany przez:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.:**Świadczenie usług prozdrowotnych w ramach Projektu "Utworzenie Centrum Usług Społecznych w Zielonej Górze"** oświadczam, że Wykonawca którego reprezentuję skieruje do realizacji zamówienia następujące osoby:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności**  **(funkcja)** | **Opis posiadanych:**  **kwalifikacji zawodowych, doświadczenia, uprawnień - jeżeli są wymagane** | **Podstawa do dysponowania osobami**  **(np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, czy jest to pracownik oddany do dyspozycji przez inny podmiot itd.)** |
| 1 |  | **dla części I – osoba prowadząca zajęcia Tai -chi** | Osoba ta posiada wykształcenie minimum średnie, ukończony kurs instruktorski lub szkolenie z zakresu tai chi lub innej formy ruchu powiązanej z profilaktyką zdrowia, minimum 1 rok doświadczenia w prowadzeniu zajęć grupowych, znajomość zasad bezpieczeństwa i profilaktyki urazów u osób dorosłych, w tym seniorów, ukończone szkolenie z zasad udzielania pierwszej pomocy.  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |  |
| 2 |  | **dla części II – osoba prowadząca zajęcia Jogi** | Osoba ta posiada wykształcenie minimum średnie, ukończony kurs trenerski lub instruktorski z zakresu zajęć ruchowych (m.in. joga, tai-chi itp.) potwierdzone certyfikatem, minimum 1 rok doświadczenia w prowadzeniu zajęć z jogi, umiejętność dostosowania ćwiczeń do osób o różnym poziomie sprawności fizycznej i zdrowotnej, ukończone szkolenie z zasad udzielania pierwszej pomocy.  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |  |
| 3 |  | **dla części III – osoba prowadząca zajęcia Edukacja zdrowotna, psychodietetyczna** **i profilaktyka uzależnień** | Osoba ta posiada wykształcenie wyższe w jednym z obszarów: psychologia, pedagogika, dietetyka, zdrowie publiczne, socjologia lub kierunki pokrewne lub ukończone kursy lub szkolenia z zakresu psychodietetyki, edukacji zdrowotnej, profilaktyki uzależnień lub promocji zdrowia, minimum roczne doświadczenie w prowadzeniu zajęć grupowych lub warsztatów edukacyjnych, umiejętność dostosowania treści do zróżnicowanych grup odbiorców (osoby dorosłe, seniorzy), znajomość zasad komunikacji motywującej i budowania postawy prozdrowotnej, ukończone szkolenie z zasad udzielania pierwszej pomocy.  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |  |
| 4 |  | **dla części IV – osoba prowadząca zajęcia Choreoterapia** | Osoba ta posiada wykształcenie minimum średnie, mile widziane wyższe kierunkowe (np. pedagogika, psychologia, wychowanie fizyczne), ukończony kurs lub szkolenie z choreoterapii lub terapii ruchem, minimum 2 lata doświadczenia w prowadzeniu zajęć grupowych z osobami starszymi lub z niepełnosprawnościami, znajomość zasad pracy z osobami o różnym poziomie sprawności fizycznej, ukończone szkolenie z zasad udzielania pierwszej pomocy.  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |  |
| 5 |  | **dla części V – osoba prowadząca zajęcia Techniki relaksacji** | Osoba ta posiada wykształcenie minimum średnie, ukończony kurs lub szkolenie w zakresie technik relaksacyjnych, psychoprofilaktyki lub pracy z ciałem, doświadczenie w prowadzeniu zajęć grupowych, umiejętność prowadzenia zajęć z różnymi grupami odbiorców – osoby z niepełnosprawnościami, seniorzy, umiejętność stworzenia bezpiecznej, spokojnej atmosfery sprzyjającej relaksacji, ukończone szkolenie z zasad udzielania pierwszej pomocy.  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |  |
|  |  | **dla części VI – osoba prowadząca zajęcia Zajęcia usprawniające** | Osoba ta posiada wykształcenie minimum średnie, kwalifikacje zawodowe potwierdzone dyplomem/licencją lub certyfikatem w zakresie dobrostanu, pracy z ciałem, zajęć ruchowych, rehabilitacji, minimum 2-letnie doświadczenie w prowadzeniu zajęć z osobami starszymi lub z niepełnosprawnościami, ukończone szkolenie z zasad udzielania pierwszej pomocy.  **TAK/NIE\***  \*niepotrzebne skreślić |  |

Oświadczam, że podane informacje są zgodne z prawdą pod groźbą odpowiedzialności karnej.

Dokument należy podpisać w formie elektronicznej, tj. w postaci elektronicznej podpisanej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub w postaci elektronicznej podpisane podpisem zaufanym lub w postaci elektronicznej podpisane podpisem osobistym.