**Załącznik nr 1a**

**(do dołączenia do oferty)**

**Nr postępowania:** DA.2715.3.2025

**Nazwa postępowania:** „Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (pielęgnacyjne)"

**Zamawiający:**

Miasto Rybnik- Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Żużlowa 25, 44-200 Rybnik

**Wykonawca:**

.....................................

.....................................

(pełna nazwa/firma, adres)

reprezentowany przez:

.....................................

.....................................

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

(w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia wypełnić dla każdego Wykonawcy – identycznie jak w formularzu oferty)

**OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZENIU REALIZATORÓW USŁUG**

Oświadczamy, że do realizacji zamówienia w zakresie pełnienia funkcji realizatorów usług skierujemy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  realizatora usług | Doświadczenie zawodowe realizatora usług – ilość pełnych lat doświadczenia w realizacji usług  określonych zgodnie z Rozdziałem XXIII SWZ ust. 1 pkt 2,  [należy podać liczbę pełnych lat pracy, w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert], tj.: |
| - dla usług opiekuńczych podstawowych (określonych w SWZ w Rozdziale VI ust. 1 pkt 1)\* | | |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |
| 9. |  |  |
| 10. |  |  |
| 11. |  |  |
| 12. |  |  |
| 13. |  |  |
| 14. |  |  |
| 15. |  |  |
| 16. |  |  |
| 17. |  |  |
| 18. |  |  |
| 19. |  |  |
| 20. |  |  |
| 21. |  |  |
| 22. |  |  |
| 23. |  |  |
| 24. |  |  |
| 25. |  |  |
| - dla specjalistycznych usług opiekuńczych – pielęgnacyjnych jako wspieranie procesu leczenia (określonych w SWZ w Rozdziale VI ust. 1 pkt 2)\*\* | | |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| 6. |  |  |
| 7. |  |  |
| 8. |  |  |

\* - ilość pełnych lat doświadczenia w realizacji usług opiekuńczych podstawowych (określonych w SWZ w Rozdziale VI ust. 1 pkt 1) lub analogicznych (dotyczy osób z predyspozycjami do pracy z osobami w podeszłym wieku i osobami z niepełnosprawnością); przez usługi analogiczne należy rozumieć specjalistyczne usługi opiekuńcze, usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, opieki wytchnieniowej lub inne usługi tego rodzaju,

\*\* - ilość pełnych lat doświadczenia w realizacji usług świadczonych na podstawie kwalifikacji do wykonywania zawodu pielęgniarki lub opiekuna medycznego.

**Oświadczam, że osoby wskazane w wykazie spełniają wymagania określone w Rozdziale VI ust. 3 pkt 2 i 3 SWZ.**

**UWAGA: Wypełnienie tabeli polega na podaniu nazwiska i imienia danej osoby, a w kolejnej kolumnie – liczby całkowitej od zera do 5, wskazującej ilość pełnych lat doświadczenia w realizacji usług określonych zgodnie z Rozdziałem XXIII SWZ ust. 1 pkt 2 - pełnych lat pracy, w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert.**

Uwaga: dokument należy podpisać w ten sam sposób, jak ofertę.

**Załącznik nr 1b**

**(do dołączenia do oferty)**

**Nr postępowania:** DA.2715.3.2025

**Nazwa postępowania:** „Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze (pielęgnacyjne)"

**Zamawiający:**

Miasto Rybnik - Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Żużlowa 25, 44-200 Rybnik

**Wykonawca:**

.....................................

.....................................

(pełna nazwa/firma, adres)

reprezentowany przez:

.....................................

.....................................

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

(w przypadku wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia wypełnić dla każdego Wykonawcy – identycznie jak w formularzu oferty)

**OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZENIU KOORDYNATORA USŁUG**

Oświadczamy, że do realizacji zamówienia w zakresie pełnienia funkcji koordynatora usług skierujemy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię  koordynatora usług | Doświadczenie zawodowe koordynatora usług – ilość pełnych lat pracy polegającej na koordynowaniu usług  określonych zgodnie z Rozdziałem XXIII ust.1 pkt 3\*  [należy podać liczbę pełnych lat pracy (minimum: 2 lata) oraz krótki opis – np. nazwę i siedzibę pracodawcy] |
| 1. |  |  |

\* - tj. usług będących przedmiotem niniejszego zamówienia lub analogicznych, tj. opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych lub innych usług tego rodzaju (jak usługi asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, opieki wytchnieniowej, rehabilitacji lub analogiczne)

**Oświadczam, że osoba wskazana w wykazie spełnia wymagania określone w Rozdziale VI ust. 3 pkt 5 SWZ.**

**UWAGA: Wypełnienie tabeli polega na podaniu nazwiska i imienia osoby, a w kolejnej kolumnie – liczby całkowitej nie mniejszej niż 2, wskazującej ilość pełnych lat doświadczenia w koordynowaniu usług określonych zgodnie z Rozdziałem XXIII SWZ ust. 1 pkt 3 - pełnych lat pracy, wraz z krótkim opisem – np. nazwą i siedzibą pracodawcy (można wskazać kilku pracodawców, jeśli taki jest stan faktyczny, nie są wymagane szczegółowe daty).**

Uwaga: dokument należy podpisać w ten sam sposób, jak ofertę.