ZAŁĄCZNIK NR 6 DO SWZ

**oświadczenie składane na wezwanie Zamawiającego przez Wykonawcę, którego oferta oceniona zostanie najwyżej**

**WYKAZ OSÓB SKŁADANY NA POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WARUNKU**

o którym mowa w rozdziale VIII ust. 1 pkt 1.3 ppkt 2 SWZ

Działając w imieniu i na rzecz :

…………………………......................................................................................................................................................................................................................

(pełna nazwa Wykonawcy)

…………………………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

(adres siedziby Wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu pn.: Świadczenie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania klientów Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Białogardzie w roku 2026.”

, oświadczam, że w realizacji zamówienia będą uczestniczyć następujące osoby:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Imię i Nazwisko** | **Posiadane doświadczenie i wykształcenie oraz ukończone kursy i szkolenia** | **Potwierdzenie spełnienia pozostałych wymagań\***  **(skreślić niewłaściwe)** | **Informacja o podstawie  dysponowania daną osobą\*** (zaznaczyć właściwe) |
| 1. | Osoba pełniąca funkcję  opiekuna | ………………………..  ……………………….. | 1. Doświadczenie (min. 3 lata)  od.................do ..................  lub łącznie doświadczenie:.......................  2. Wykształcenie (min. zawodowe)  ....................................................  3. Kursy i szkolenia\*:  a) ...........................................  b)............................................  c)..............................................  \*Zamawiający wymaga ukończonego szkolenia w zakresie opieki nad osobami starszymi oraz posiadania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. | - Posługuje się językiem polskim TAK/ NIE\*  - posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwskazań do wykonywania jako osoba świadcząca usługi TAK/NIE\*,  - posiada psychiczne i fizyczne predyspozycje do wykonywania do wykonywania usług opiekuńczych TAK/NIE\* posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi;  posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi; | ⃣ dysponowanie bezpośrednie  ⃣ potencjał podmiotu  udostępniającego zasoby |
| 2. | Osoba pełniąca funkcję  opiekuna | ………………………..  ……………………….. | 1. Doświadczenie (min. 3 lata)  od.................do ..................  lub łącznie doświadczenie:.......................  2. Wykształcenie (min. zawodowe)  ....................................................  3. Kursy i szkolenia\*:  a) ...........................................  b)............................................  c)..............................................  \*Zamawiający wymaga ukończonego szkolenia w zakresie opieki nad osobami starszymi oraz posiadania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. | - Posługuje się językiem polskim TAK/ NIE\*  - posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwskazań do wykonywania jako osoba świadcząca usługi TAK/NIE\*,  - posiada psychiczne i fizyczne predyspozycje do wykonywania do wykonywania usług opiekuńczych TAK/NIE\* posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi;  posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi; | ⃣ dysponowanie bezpośrednie  ⃣ potencjał podmiotu  udostępniającego zasoby |
| 3. | Osoba pełniąca funkcję  opiekuna | ………………………..  ……………………….. | 1. Doświadczenie (min. 3 lata)  od.................do ..................  lub łącznie doświadczenie:.......................  2. Wykształcenie (min. zawodowe)  ....................................................  3. Kursy i szkolenia\*:  a) ...........................................  b)............................................  c)..............................................  \*Zamawiający wymaga ukończonego szkolenia w zakresie opieki nad osobami starszymi oraz posiadania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej | - Posługuje się językiem polskim TAK/ NIE\*  - posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwskazań do wykonywania jako osoba świadcząca usługi TAK/NIE\*,  - posiada psychiczne i fizyczne predyspozycje do wykonywania do wykonywania usług opiekuńczych TAK/NIE\* posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi;  posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi; | ⃣ dysponowanie bezpośrednie  ⃣ potencjał podmiotu  udostępniającego zasoby |
| 4. | Osoba pełniąca funkcję  opiekuna | ………………………..  ……………………….. | 1. Doświadczenie (min. 3 lata)  od.................do ..................  lub łącznie doświadczenie:.......................  2. Wykształcenie (min. zawodowe)  ....................................................  3. Kursy i szkolenia\*:  a) ...........................................  b)............................................  c)..............................................  \*Zamawiający wymaga ukończonego szkolenia w zakresie opieki nad osobami starszymi oraz posiadania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej | - Posługuje się językiem polskim TAK/ NIE\*  - posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwskazań do wykonywania jako osoba świadcząca usługi TAK/NIE\*,  - posiada psychiczne i fizyczne predyspozycje do wykonywania do wykonywania usług opiekuńczych TAK/NIE\* posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi;  posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi; | ⃣ dysponowanie bezpośrednie  ⃣ potencjał podmiotu  udostępniającego zasoby |
| 5. | Osoba pełniąca funkcję  opiekuna | ………………………..  ……………………….. | 1. Doświadczenie (min. 3 lata)  od.................do ..................  lub łącznie doświadczenie:.......................  2. Wykształcenie (min. zawodowe)  ....................................................  3. Kursy i szkolenia\*:  a) ...........................................  b)............................................  c)..............................................  \*Zamawiający wymaga ukończonego szkolenia w zakresie opieki nad osobami starszymi oraz posiadania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. | - Posługuje się językiem polskim TAK/ NIE\*  - posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwskazań do wykonywania jako osoba świadcząca usługi TAK/NIE\*,  - posiada psychiczne i fizyczne predyspozycje do wykonywania do wykonywania usług opiekuńczych TAK/NIE\* posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi;  posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi; | ⃣ dysponowanie bezpośrednie  ⃣ potencjał podmiotu  udostępniającego zasoby |
| 6. | Osoba pełniąca funkcję  opiekuna | ………………………..  ……………………….. | 1. Doświadczenie (min. 3 lata)  od.................do ..................  lub łącznie doświadczenie:.......................  2. Wykształcenie (min. zawodowe)  ....................................................  3. Kursy i szkolenia\*:  a) ...........................................  b)............................................  c)..............................................  \*Zamawiający wymaga ukończonego szkolenia w zakresie opieki nad osobami starszymi oraz posiadania zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej. | - Posługuje się językiem polskim TAK/ NIE\*  - posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwskazań do wykonywania jako osoba świadcząca usługi TAK/NIE\*,  - posiada psychiczne i fizyczne predyspozycje do wykonywania do wykonywania usług opiekuńczych TAK/NIE\* posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi;  posiadającymi zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy jako osoba świadcząca usługi; | ⃣ dysponowanie bezpośrednie  ⃣ potencjał podmiotu  udostępniającego zasoby |

\*Wykonawca powinien wskazać, na jakiej podstawie dysponuje lub będzie dysponował osobami wskazanymi do realizacji zamówienia (jako dysponowanie bezpośrednie należy rozumieć: Wykonawca (osoba fizyczna), pracownik wykonawcy, zleceniobiorca, itp.; jako potencjał podmiotu udostępniającego zasoby należy rozumieć osobę oddaną do dyspozycji Wykonawcy przez podmiot udostępniający zasoby zgodnie z art. 118 ustawy)

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO\* wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu\*\*.

\*rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\*\*W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Niniejszy formularz należy opatrzyć kwalifikowanym podpisem elektronicznym osoby uprawnionej, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym osoby uprawnionej**