##### **Załącznik Nr 4 do SWZ**

# **WYKAZ OSÓB**

Nazwa postępowania: **Specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców z podziałem na zadania:**

**1) Zadanie nr 1 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie fizjoterapii\***

**2) Zadanie nr 2 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii psychologicznej \***

**3) Zadanie nr 3** **Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii logopedycznej\***

**4) Zadanie nr 4 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii neurologopedycznej\***

**5)** **Zadanie nr 5 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie integracji sensorycznej\***

**6) Zadanie nr 6 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii umiejętności społecznej\***

**7) Zadanie nr 7 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii pedagogicznej\***

**8) Zadanie nr 8 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii z pedagogiem specjalnym\***

**9) Zadanie nr 9 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie treningu słuchowego\***

\* niepotrzebne skreślić

**Nazwa Wykonawcy** ….................................................................

**1) Zadanie nr 1 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie fizjoterapii \***

| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności podczas realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie** | **Zakres usług** | **Termin realizacji usługi** | **Informacja o doświadczeniu zawodowym\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie fizjoterapii |  |  |  | **własne / innego podmiotu\*** |

**2) Zadanie nr 2 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii psychologicznej \***

| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności podczas realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie** | **Zakres usług** | **Termin realizacji usługi** | **Informacja o doświadczeniu zawodowym\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii psychologicznej |  |  |  | **własne / innego podmiotu\*** |

**3) Zadanie nr 3 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii logopedycznej \***

| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności podczas realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie** | **Zakres usług** | **Termin realizacji usługi** | **Informacja o doświadczeniu zawodowym\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii logopedycznej |  |  |  | **własne / innego podmiotu\*** |

**4) Zadanie nr 4 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii neurologopedycznej**

| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności podczas realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie** | **Zakres usług** | **Termin realizacji usługi** | **Informacja o doświadczeniu zawodowym\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii neurologopedycznej |  |  |  | **własne / innego podmiotu\*** |

**5) Zadanie nr 5 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie integracji sensorycznej \***

| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności podczas realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie** | **Zakres usług** | **Termin realizacji usługi** | **Informacja o doświadczeniu zawodowym\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie integracji sensorycznej |  |  |  | **własne / innego podmiotu\*** |

**6) Zadanie nr 6 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii umiejętności społecznej \***

| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności podczas realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie** | **Zakres usług** | **Termin realizacji usługi** | **Informacja o doświadczeniu zawodowym\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii umiejętności społecznej |  |  |  | **własne / innego podmiotu\*** |

**7) Zadanie nr 7 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii pedagogicznej\***

| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności podczas realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie** | **Zakres usług** | **Termin realizacji usługi** | **Informacja o doświadczeniu zawodowym\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii pedagogicznej |  |  |  | **własne / innego podmiotu\*** |

**8) Zadanie nr 8 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii z pedagogiem specjalnym\***

| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności podczas realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie** | **Zakres usług** | **Termin realizacji usługi** | **Informacja o doświadczeniu zawodowym\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii z pedagogiem specjalnym |  |  |  | **własne / innego podmiotu\*** |

**9) Zadanie nr 9 Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii ręki\***

| **Lp** | **Imię i nazwisko** | **Zakres czynności podczas realizacji zamówienia** | **Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia, doświadczenie, wykształcenie** | **Zakres usług** | **Termin realizacji usługi** | **Informacja o doświadczeniu zawodowym\*\*** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  | Specjalistyczna usługa opiekuńcza dla osób z zaburzeniami psychicznymi dla osób z terenu gminy Syców w zakresie terapii ręki |  |  |  | **własne / innego podmiotu\*** |

\*- odpowiednio skreślić

Uwaga!

\*\*- *W przypadku gdy, Wykonawca przy realizacji zamówienia korzystał będzie z kadry innych podmiotów winien przedstawić pisemne zobowiązanie tychże podmiotów do oddania Wykonawcy niezbędnych zasobów /udostępnienia osób zdolnych do wykonania zamówienia* ***/****na okres korzystania z nich przy wykonywaniu zamówienia- zgodnie z załącznikiem nr 3 do SWZ.*

*Informuję, że ww. osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadają wymagane uprawnienia zgodnie z warunkami określonymi w ogłoszeniu o zamówieniu i Specyfikacji Warunków Zamówienia.*

Oświadczam, że wszystkie informacje podane powyżej są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd. Jednocześnie stwierdzam, iż świadom jestem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

**Uwaga:**

**Informacja - podstawa dysponowania wskazanymi osobami**

1. „własne” tzn. dysponowanie bezpośrednie, gdy istnieje bezpośredni stosunek prawny pomiędzy Wykonawcą a osobą, na dysponowanie której Wykonawca się powołuje, np. umowa o pracę, umowa o dzieło, umowa o świadczenie usług / zlecenia, umowa przedwstępna
2. „innego podmiotu” tzn. dysponowanie pośrednie, gdy Wykonawca powołuje się na osobę zdolną do wykonania zamówienia, z którą nie łączy go bezpośrednio żaden stosunek prawny. W takim przypadku Wykonawca załącza do oferty Zobowiązanie innego podmiotu do oddania do dyspozycji Wykonawcy zasobów niezbędnych na potrzeby wykonania zamówienia.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

**UWAGA: DOKUMENT NALEŻY PODPISAC KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB   
PODPISEM ZAUFANYM LUB PODPISEM OSOBISTYM**