**Załącznik Nr 10 do SWZ**

**Wykaz osób** **na potrzeby oceny spełniania warunku udziału   
w postępowaniu**

**Wykonawca:**

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

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

**reprezentowany przez:**

…………………………………………………………………………………………

**WYKAZ OSÓB**

**na potrzeby oceny spełniania warunku udziału w postępowaniu**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: ***„Usługi zdrowotne w zakresie leczenia w ramach długoterminowej opieki kobiet po mastektomii w ramach projektu pn.: „Centrum Usług Społecznych w Skarżysku - Kamiennej””,*** oświadczam że do realizacji przedmiotu zamówienia zostaną skierowane następujące osoby:

*(Uwaga: informacje zawarte w tabeli powinny pozwolić na stwierdzenie spełniania   
lub nie spełniania warunku udziału w postępowaniu określonego w SWZ)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby nr 1 skierowanej przez Wykonawcę do realizacji usługi (fizjoterapeuty):**  …………………………………………………………………………. | | | |
| **Posiadane**  **Wykształcenie**  **Oraz**  **prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty, nadane przez Krajową Radę Fizjoterapeutów** | **2 letnie doświadczenie  w pracy z osobami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi lub starszymi, pacjentkami wymagającymi kompleksowej rehabilitacji, preferowane   doświadczenie w opiece nad osobami po leczeniu onkologicznym w tym po   mastektomii**  **(opis doświadczenia ze wskazaniem dat  i miejsca wykonywania pracy/usług /pracodawcy/ zleceniodawcy)** | **Ukończone specjalistyczne szkolenia z zakresu:**  **- terapii przeciwobrzękowej (drenaż limfatyczny, bandażowanie) i/lub**  **- rehabilitacji onkologicznej  (tj. np. rehabilitacja kobiet po mastektomii, metoda Casley-Smith, Foldi, Leduc) i/lub**  **- terapii manualnej i pracy z blizną**  **(wskazać jakie, kto wydał zaświadczenie)** | **Podstawa do dysponowania osobą**  ***Wpisać: zasób własny/na podstawie art.118 ust. 1* (np. umowa o pracę/ /zlecenie /samozatrudnienie)** |
|  |  |  |  |

Oświadczam(y), że informacje zawarte w wykazie są zgodne z prawdą i zostały złożone w pełnej świadomości skutków prawnych wynikających z podania nieprawdziwych danych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego***.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby nr 2 skierowanej przez Wykonawcę do realizacji usługi (fizjoterapeuty):**  …………………………………………………………………………. | | | |
| **Posiadane**  **Wykształcenie**  **oraz**  **prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty, nadane przez Krajową Radę Fizjoterapeutów** | **2 letnie doświadczenie  w pracy z osobami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi lub starszymi, pacjentkami wymagającymi kompleksowej rehabilitacji, preferowane   doświadczenie w opiece nad osobami po leczeniu onkologicznym w tym po   mastektomii**  **(opis doświadczenia ze wskazaniem dat i miejsca wykonywania pracy/usług /pracodawcy /zleceniodawcy)** | **Ukończone specjalistyczne szkolenia z zakresu:**  **- terapii przeciwobrzękowej (drenaż limfatyczny, bandażowanie) i/lub**  **- rehabilitacji onkologicznej  (tj. np. rehabilitacja kobiet po mastektomii, metoda Casley-Smith, Foldi, Leduc) i/lub**  **- terapii manualnej i pracy z blizną**  **(wskazać jakie, kto wydał zaświadczenie)** | **Podstawa do dysponowania osobą**  ***Wpisać: zasób własny/na podstawie art.118 ust. 1* (np. umowa o pracę/ /zlecenie /samozatrudnienie)** |
|  |  |  |  |

Oświadczam(y), że informacje zawarte w wykazie są zgodne z prawdą i zostały złożone w pełnej świadomości skutków prawnych wynikających z podania nieprawdziwych danych w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego.

***Należy podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***