**Załącznik Nr 5 do SWZ**

**Wykaz osób** **na potrzeby Kryterium oceny ofert** **w kryterium Kwalifikacje personelu**

**Wykonawca:**

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

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

**reprezentowany przez:**

………………………………….…………………………………………………………

**WYKAZ OSÓB**

**na potrzeby Kryterium oceny ofert**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: ***„Usługi zdrowotne w zakresie leczenia w ramach długotrwałej 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 wymagań Kryterium oceny ofert określonego w SWZ).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby Nr 1 - skierowanej przez Wykonawcę do realizacji usługi (pełnienia funkcji fizjoterapeuty):**  …………………………………………………………………………. | | | | |
| **Opis wymagania** | **Opis doświadczenia zawodowego**  **Miejsce wykonywania/pracodawca/zleceniodawca** | **Okres realizacji od … do** | **Przedmiot (zakres usług oraz grupa docelowa)** | **Podstawa do dysponowania osobą**  ***Wpisać: zasób własny/na podstawie art.118 ust. 1* (np. umowa o pracę/ /zlecenie /samozatrudnienie)** |
| **posiada co najmniej 2 letnie doświadczenie  w pracy z osobami po zabiegu mastektomii** |  |  |  |  |
| **posiada więcej niż 2 letnie doświadczenie  w pracy z osobami po zabiegu mastektomii** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko osoby nr 2 - skierowanej przez Wykonawcę do realizacji usługi (pełnienia funkcji fizjoterapeuty):**  …………………………………………………………………………. | | | | |
| **Opis wymagania** | **Opis doświadczenia zawodowego**  **Miejsce wykonywania/pracodawca/ zleceniodawca** | **Okres realizacji od … do** | **Przedmiot (zakres usług oraz grupa docelowa)** | **Podstawa do dysponowania osobą**  ***Wpisać: zasób własny/na podstawie art.118 ust. 1* (np. umowa o pracę/ /zlecenie /samozatrudnienie)** |
| **posiada co najmniej 2 letnie doświadczenie w pracy z osobami po zabiegu mastektomii – wykaz doświadczenia** |  |  |  |  |
| **posiada więcej niż 2 letnie doświadczenie w pracy z osobami po zabiegu mastektomii – wykaz doświadczenia** |  |  |  |  |

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