**ZAŁĄCZNIK nr 7 DO SWZ – WYKAZ OSÓB**

Znak sprawy: **DAiŚPS.S.260.3.1.2026**

Zamawiający:

**Polanowskie Centrum Usług Społecznych w Polanowie – jednostka organizacyjna Gminy Polanów,**

ul. Wolności 7, 76 - 010 Polanów

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa Wykonawcy/Wykonawców** |  |
| **Adres Siedziby Wykonawcy/Wykonawców** |  |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.: **Specjalistyczne usługi opiekuńcze realizowane przez Podmioty Ekonomii Społecznej w ramach projektu pn.: „POLANOWSKIE CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH”**

**dla części ……………………………**

***(należy wskazać część, na którą Wykonawca składa wykaz: część I i/lub część II i/lub część III i/lub część IV)***

składam następujący wykaz:

**CZĘŚĆ I ZAMÓWIENIA: Specjalistyczne usługi opiekuńcze – usługi psychologiczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres obowiązków** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenia, doświadczenie**  **(należy podać wymagane dane zgodnie z wymaganiami SWZ pkt 13.1.2.2.)** | **Podstawa dysponowania** |
| **Psycholog** |  | **Osoba posiadająca:**  *Wykształcenie:*  …………………………………………….…………………………………………….*Doświadczenie zawodowe*: …………………………………………….  …………………………………………….……………………………………………. | Własne / oddane do dyspozycji |

Powyższe informacje są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**CZĘŚĆ II ZAMÓWIENIA: Specjalistyczne usługi opiekuńcze – usługi edukacyjne i terapeutyczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres obowiązków** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenia, doświadczenie**  **(należy podać wymagane dane zgodnie z wymaganiami SWZ pkt 13.2.2.2.)** | **Podstawa dysponowania** |
| **Terapeuta** |  | **Osoba posiadająca:**  *Wykształcenie:*  …………………………………………….…………………………………………….*Doświadczenie zawodowe*: …………………………………………….  …………………………………………….……………………………………………. | Własne / oddane do dyspozycji |

Powyższe informacje są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**CZĘŚĆ III ZAMÓWIENIA: Specjalistyczne usługi opiekuńcze – usługi pielęgnacyjne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres obowiązków** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenia, doświadczenie**  **(należy podać wymagane dane zgodnie z wymaganiami SWZ pkt 13.3.2.2.)** | **Podstawa dysponowania** |
| **Pielęgniarka / Pielęgniarz** |  | **Osoba posiadająca:**  *Prawo wykonywania zawodu:*  …………………………………………….…………………………………………….  *Wykształcenie:*  …………………………………………….…………………………………………….*Doświadczenie zawodowe*: …………………………………………….  …………………………………………….……………………………………………. | Własne / oddane do dyspozycji |

Powyższe informacje są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

**CZĘŚĆ IV ZAMÓWIENIA: Specjalistyczne usługi opiekuńcze – usługi fizjoterapeutyczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres obowiązków** | **Imię i nazwisko** | **Wykształcenia, doświadczenie**  **(należy podać wymagane dane zgodnie z wymaganiami SWZ pkt 13.4.2.2.)** | **Podstawa dysponowania** |
| **Fizjoterapeuta** |  | **Osoba posiadająca:**  *Prawo wykonywania zawodu:*  …………………………………………….…………………………………………….  *Wykształcenie:*  …………………………………………….…………………………………………….*Doświadczenie zawodowe*: …………………………………………….  …………………………………………….……………………………………………. | Własne / oddane do dyspozycji |

Powyższe informacje są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.