

„Polityka Senioralna EFS+”

projekt realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

**Załącznik nr 2**

do zapytania nr RGK.271.23.2024

**WYKONAWCA:**

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………………………

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

reprezentowany przez:

…………………………………………………..…..…………

…………………………………………………………………

**WYKAZ OSÓB**

Przystępując do zapytania ofertowego w sprawie przeprowadzenia usług opiekuńczych dla osób w wieku 65 lat i więcej w ramach projektu pn. „Polityka Senioralna EFS+” finansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, przedkładam wykaz osób, skierowanych przez wykonawcę do realizacji zamówienia wraz z informacjami o ich wykształceniu, kwalifikacjach, uprawnieniach oraz doświadczeniu zawodowym.



„Polityka Senioralna EFS+”

projekt realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | Imię i nazwisko osoby skierowanej przez Wykonawcę do świadczenia usługi opiekuńczej | **Wykształcenie** | **Kwalifikacje zawodowe, w tym kurs udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej** | **Doświadczenie (przedmiot usługi, podmiot dla którego zrealizowano usługi)** | **Podstawa do dysponowania osobą**  **(zatrudnienie-pracownik-umowa o prace, zlecenie, os. fizyczna, os. Prowadząca jednoosobową działalność gospodarcza itd.)** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**Do wykazu należy dołączyć kserokopie dyplomów i certyfikatów wykazanych w powyższej tabeli oraz protokołów odbioru usługi/kopii umów, faktur lub innych środków dowodowych (wg wyboru wykonawcy) potwierdzających posiadanie doświadczenia oraz należytego wykonania wykazanych usług.**

……………….……………….…….., dnia …….………………….…. *..................................................................................................................................*

*(miejscowość) (data) (podpis osoby upoważnionej)*