

ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SWZ

Nazwa Wykonawcy lub imię i nazwisko Wykonawcy:	
Adres Wykonawcy: kod, miejscowość, ulica, nr lokalu	
NIP	
Numer telefonu	
E-mail	
Adres skrzynki ePUAP	

Oświadczenie

Oświadczam, że usługę określoną w SWZ będzie wykonywał/a Pan/ Pani:

Lp.	Imię i nazwisko

Każda ze wskazanych osób spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:

- a) posiada dokument potwierdzający uzyskanie kwalifikacji w następujących kierunkach: asystent osoby niepełnosprawnej, opiekun osoby starszej, opiekun medyczny* (niepotrzebne skreślić) – wypełnić jeżeli dotyczy.

b) posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnym w formie wolontariatu.

W trakcie realizacji przedmiotu zamówienia Wykonawca może dokonywać zmian w zakresie osób wskazanych w załączniku nr 5, z zastrzeżeniem, iż każdorazowo nowo zgłoszona osoba spełnia wymagania kwalifikacyjne, o których mowa w załączniku nr 5.

	Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany złożony zgodnie z pkt 4 SWZ przez osobę(osoby) uprawnioną(-e)
--	--