

Załącznik nr 8 do SIWZ

.....  
(Nazwa i adres Wykonawcy)

....., dnia ..... 2018 r.

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA  
„USŁUGI OPIEKUŃCZE I ASYSTENCKIE DLA MIESZKAŃCÓW GMINY SOLEC-ZDRÓJ”**

Lp.	Nazwisko i imię	Zakres wykonywanych czynności	Kwalifikacje zawodowe	Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot
<b>Zadanie nr I*</b>				
1.			<p>a) spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych;</p> <p>b) posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej;</p> <p>c) posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.</p> <p><b>Wyszkolenie:</b> pielęgniarskie z aktualnym prawem do wykonywania zawodu, orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.</p> <p><b>Doświadczenie:</b> co najmniej ..... miesięczne doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług opiekuńczych/ pielęgnacyjnych dla osób niesamodzielnych/ niepełnosprawnych.</p>	Własne/ oddane do dyspozycji *
2.			<p>a) spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych;</p> <p>b) posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej;</p>	Własne/ oddane do dyspozycji *

.....  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)

		<p>c) posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.</p> <p><b>Wykształcenie:</b> pielęgniarskie z aktualnym prawem do wykonywania zawodu, orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.</p> <p><b>Doświadczenie:</b> co najmniej ..... miesięczne doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług opiekuńczych/ pielęgniacyjnych dla osób niesamodzielnych/ niepełnosprawnych.</p>	
<b>Zadanie II</b>			
1.		<ul style="list-style-type: none"> <li>- specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej,</li> <li>- fizjoterapeuta,</li> <li>- technik fizjoterapii</li> <li>- lub inny zawód dający wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi z zakresu rehabilitacji.</li> </ul> <p><b><u>Oraz spełniają łącznie następujące warunki:</u></b></p> <p>a) spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych;</p> <p>b) posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej;</p> <p>c) posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.</p> <p><b>Wykształcenie:</b> min. średnie medyczne, umożliwiające wykonanie zadań z zakresu usług rehabilitacyjnych.</p> <p><b>Doświadczenie:</b> co najmniej ..... miesięczne doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla osób niesamodzielnych / niepełnosprawnych.</p>	<p><b>Własne/ oddane do dyspozycji *</b></p>
<b>Zadanie nr III*</b>			



1.		<p>a) posiada jedną z poniższych kwalifikacji do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy/opiekun osoby starszej/opiekun medyczny/opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończyły szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej</p> <p>lub</p> <p>b) posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych: w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, oraz odbyły minimum 80 godzin szkolenia z zakresu realizowanej usługi.</p> <p>- posiada aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.</p> <p><b>Doświadczenie:</b> co najmniej ..... miesięczne doświadczenie w opiece nad osobami niesamodzielnymi/ niepełnosprawnymi.</p>	<p><b>Własne/ oddane do dyspozycji *</b></p>
2.		<p>a) posiada jedną z poniższych kwalifikacji do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy/opiekun osoby starszej/opiekun medyczny/opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończyły szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej</p> <p>lub</p> <p>b) posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych: w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, oraz odbyły lub odbędą minimum 80 godzin szkolenia z zakresu realizowanej usługi.</p> <p>- posiada aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.</p> <p><b>Doświadczenie:</b> co najmniej ..... miesięczne doświadczenie w opiece nad osobami niesamodzielnymi/ niepełnosprawnymi.</p>	<p><b>Własne/ oddane do dyspozycji *</b></p>



3.		<p>a) posiada jedną z poniższych kwalifikacji do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy/opiekun osoby starszej/opiekun medyczny/opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończyły szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej</p> <p>lub</p> <p>b) posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych: w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, oraz odbyły lub odbędą minimum 80 godzin szkolenia z zakresu realizowanej usługi.</p> <p>- posiada aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.</p> <p><b>Doświadczenie:</b> co najmniej ..... miesięczne doświadczenie w opiece nad osobami niesamodzielnymi/ niepełnosprawnymi.</p>	<p><b>Własne/ oddane do dyspozycji *</b></p>
4.		<p>a) posiada jedną z poniższych kwalifikacji do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy/opiekun osoby starszej/opiekun medyczny/opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończyły szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej</p> <p>lub</p> <p>b) posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych: w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, oraz odbyły lub odbędą minimum 80 godzin szkolenia z zakresu realizowanej usługi.</p> <p>- posiada aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.</p> <p><b>Doświadczenie:</b> co najmniej ..... miesięczne doświadczenie w opiece nad osobami niesamodzielnymi/ niepełnosprawnymi.</p>	<p><b>Własne/ oddane do dyspozycji *</b></p>
5.		<p>a) posiada jedną z poniższych kwalifikacji do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy/opiekun osoby starszej/opiekun medyczny/opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończyły szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej</p>	<p><b>Własne/ oddane do dyspozycji *</b></p>

			<p>przedmedycznej lub b) posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych: w tym zawodowe, woltariackie lub osobiste, oraz odbyły lub odbędą minimum 80 godzin szkolenia z zakresu realizowanej usługi.  - posiada aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.  <b>Doświadczenie:</b> co najmniej ..... miesięczne doświadczenie w opiece nad osobami niesamodzielnymi/ niepełnosprawnymi.</p>	
6.			<p>a) posiada jedną z poniższych kwalifikacji do wykonywania jednego z zawodów: opiekun środowiskowy/opiekun osoby starszej/opiekun medyczny/opiekun kwalifikowany w domu pomocy społecznej, a także ukończyły szkolenie w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej lub b) posiada doświadczenie w realizacji usług opiekuńczych: w tym zawodowe, woltariackie lub osobiste, oraz odbyły lub odbędą minimum 80 godzin szkolenia z zakresu realizowanej usługi.  - posiada aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych.  <b>Doświadczenie:</b> co najmniej ..... miesięczne doświadczenie w opiece nad osobami niesamodzielnymi/ niepełnosprawnymi.</p>	<p><b>Własne/ oddane do dyspozycji *</b></p>

**Uwaga!** oświadczam (my), że osoby wskazane, będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia i posiadają uprawnienia wymagane w postawionym warunku w SIWZ i mogą sprawować wymienione funkcje.

\* niepotrzebne skreślić ( jeżeli wykonawca pozostaje w stosunku umowy cywilno prawnej pozostawiamy własne)

\*\*nie wskazanie osób równoznaczne będzie z nie przyznaniem przez Zamawiającego punktów w kryterium „Dysponowanie osobami do realizacji zamówienia”

.....  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



**Rzeczpospolita  
Polska**



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



.....  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)

.....  
(podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)