**ZAŁĄCZNIK NR 5 DO SWZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy/ imię i nazwisko Wykonawcy (w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej) |  |
| Adres Wykonawcy: kod, miejscowość, ulica, nr lokalu |   |
| Nr telefonu |  |
| E-mail |  |
| NIP/ PESEL (w przypadku osoby fizycznej nieprowadzącej działalności gospodarczej) |  |
| NIP |  |

**Oświadczanie**

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

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

(imię i nazwisko)

Wskazana osoba:

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

Na potwierdzenie przedkładam następujące kopie dokumentów:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

posiada co najmniej 6-miesięczne, udokumentowane doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym np. doświadczenie zawodowe, udzielanie wsparcia osobom niepełnosprawnych w formie wolontariatu\* - wypełnić jeżeli dotyczy.

Na potwierdzenie warunku przedkładam następujące dokumenty:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi: ………………………………… miesięcy **(UWAGA: Kryterium oceny ofert – Wykonawca w tym punkcie wskaże doświadczenie w pracy z osobami niepełnosprawnymi powyżej 6 miesięcy liczone od 7 pełnego miesiąca wymagane przez Zamawiającego.**

Na potwierdzenie przedkładam następujące dokumenty (np. zaświadczenia , poświadczenia, referencje, umowy, świadectwa pracy i.t.p.):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

2.1. Kryterium oceniane będzie poprzez złożenie przez Wykonawcę oświadczenia w załączniku nr 5.

2.2. Jeżeli Wykonawca nie złoży w ww. oświadczenia Zamawiający uzna, że Wykonawca nie posiada doświadczenia w pracy z osobami niepełnosprawnymi powyżej 6 miesięcy.

WYKAZ DOŚWIADCZENIA W PRACY Z OSOBAMI NIEPEŁNOSPRAWNYMI

Przedstawiamy wykaz doświadczenia w pracy z osobami niepełnosprawnymi w okresie ostatnich *5* lat przed upływem terminu składania ofert (a jeśli okres działalności jest krótszy - w tym okresie) w celu potwierdzenia spełniania warunków udziału w postępowaniu, dotyczących zdolności technicznej lub zawodowej (pkt 4.1.1.4 SWZ).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot (zakres) zamówienia (umowy)**  | **Zamawiający - podmiot na rzecz którego wykonano zamówienie (umowę)** **/nazwa i adres/** | **Daty wykonania zamówienia (umowy)** | **Podstawa dysponowania zasobem[[1]](#footnote-1)** |
| **Od****dd-mm-rrrr** | **Do****dd-mm-rrrr** |
| **1** | **2** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Kwalifikowany podpis elektroniczny/podpis osobisty/podpis zaufany złożony zgodnie z pkt 4.3.2. SWZ przez osobę(osoby) uprawnioną(-e) |

***UWAGA:***

*Jeżeli Wykonawca powołuje się na doświadczenie w realizacji usług wykonywanych wspólnie z innymi wykonawcami, wykaz dotyczy usług, w których wykonaniu wykonawca ten bezpośrednio uczestniczył.*

1. Wykonawca powinien wskazać, czy Wykonawca polega na zasobach innego podmiotu dla wykazania spełniana warunku udziału w postępowaniu, czy spełnia go samodzielnie. [↑](#footnote-ref-1)