



.....
(Nazwa i adres Wykonawcy)

WYKAZ OSÓB I NARZĘDZI, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA

**USŁUGI W ZAKRESIE ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ DLA UPRAWNIONYCH
MIESZKAŃCÓW KIELC w ramach Programu „Opieka Wytchnieniowa” - edycja 2019**

Lp.	Nazwisko i imię	Zakres wykonywanych czynności	Kwalifikacje zawodowe	Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot
Zadanie nr I*				
1.		Opiekunka	kwalfikacje zawodowe uprawniające do wykonywania czynności z zakresu pielęgnacji opieki nad chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi (opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)	Własne/ oddane do dyspozycji *
2.		Opiekunka	kwalfikacje zawodowe uprawniające do wykonywania czynności z zakresu pielęgnacji opieki nad chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi (opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)	Własne/ oddane do dyspozycji *

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



3.		Opiekunka	kwalfikacje zawodowe uprawniające do wykonywania czynności z zakresu pielęgnacji opieki nad chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi (opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)	Własne/ oddane do dyspozycji *
4.		Opiekunka	kwalfikacje zawodowe uprawniające do wykonywania czynności z zakresu pielęgnacji opieki nad chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi (opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)	Własne/ oddane do dyspozycji *
5.		Opiekunka	kwalfikacje zawodowe uprawniające do wykonywania czynności z zakresu pielęgnacji opieki nad chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi (opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)	Własne/ oddane do dyspozycji *
6.		Opiekunka	kwalfikacje zawodowe uprawniające do wykonywania czynności z zakresu pielęgnacji opieki nad chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi (opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)	Własne/ oddane do dyspozycji *
7.		Opiekunka	kwalfikacje zawodowe uprawniające do wykonywania czynności z zakresu pielęgnacji opieki nad chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi (opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)	Własne/ oddane do dyspozycji *
8.		Opiekunka	kwalfikacje zawodowe uprawniające do wykonywania czynności z zakresu pielęgnacji opieki nad chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi (opiekun medyczny, opiekunka środowiskowa, siostra PCK lub innych zawodów dających w/w uprawnienia)	Własne/ oddane do dyspozycji *
9.		Opiekunka	udokumentowane przeszkolenie z zakresu opieki nad osobami chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi	Własne/ oddane do dyspozycji *
10.		Opiekunka	udokumentowane przeszkolenie z zakresu opieki nad osobami chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi	Własne/ oddane do dyspozycji *



11.		Opiekunka	udokumentowane przeszkolenie z zakresu opieki nad osobami chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi	Własne/ oddane do dyspozycji *
12.		Opiekunka	udokumentowane przeszkolenie z zakresu opieki nad osobami chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi	Własne/ oddane do dyspozycji *
13.		Opiekunka	udokumentowane przeszkolenie z zakresu opieki nad osobami chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi	Własne/ oddane do dyspozycji *
14.		Opiekunka	udokumentowane przeszkolenie z zakresu opieki nad osobami chorymi, starszymi, niepełnosprawnymi	Własne/ oddane do dyspozycji *
15.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
16.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
Zadanie IV				
1.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu specjalista w dziedzinie po jednym z pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa pediatricznego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej */intensywnej opieki	Własne/ oddane do dyspozycji *



2.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu specjalista w dziedzinie po jednym z pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa pediatricznego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej */intensywnej opieki	Własne/ oddane do dyspozycji *
3.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu specjalista w dziedzinie po jednym z pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa pediatricznego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej */intensywnej opieki	Własne/ oddane do dyspozycji *
4.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu specjalista w dziedzinie po jednym z pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa pediatricznego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej */intensywnej opieki	Własne/ oddane do dyspozycji *
5.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu specjalista w dziedzinie po jednym z pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa geriatrycznego, pielęgniarstwa pediatricznego, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej */intensywnej opieki	Własne/ oddane do dyspozycji *
6.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
7.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
8.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
9.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *

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



10.		Pielęgniarka	aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
11.		Fizjoterapeuta	posiadając wiedzę i doświadczenie z zakresu rehabilitacji dzieci posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
12.		Fizjoterapeuta	posiadając wiedzę i doświadczenie z zakresu rehabilitacji dzieci posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
13.		Fizjoterapeuta	posiadając wiedzę i doświadczenie z zakresu rehabilitacji dzieci posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
14.		Fizjoterapeuta	posiadając wiedzę i doświadczenie z zakresu rehabilitacji dzieci posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
15.		Specjalista Fizjoterapii	posiadając wiedzę i doświadczenie z zakresu rehabilitacji posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
16.		Specjalista Fizjoterapii	posiadając wiedzę i doświadczenie z zakresu rehabilitacji posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
17.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *

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



18.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
19.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
20.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
21.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
22.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
23.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
24.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
25.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *

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



26.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
27.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
28.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
29.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
30.		Fizjoterapeuta	co najmniej 12 m-cy doświadczenia w pracy z osobami starszymi, chorymi, niepełnosprawnymi posiadającymi aktualne prawo wykonywania zawodu	Własne/ oddane do dyspozycji *
31.		Dietetyk	tytuł dietetyka	Własne/ oddane do dyspozycji *
32.		Dietetyk	tytuł dietetyka	Własne/ oddane do dyspozycji *
33.		Terapeuta	uprawnienie do wykonywania zawodu psychologa, pedagoga, logopedy, specjalisty ds. rewalidacji	Własne/ oddane do dyspozycji *



34.		Terapeuta	uprawnienie do wykonywania zawodu psychologa, pedagoga, logopedy, specjalisty ds. rewalidacji	Własne/ oddane do dyspozycji *
35.		Terapeuta	uprawnienie do wykonywania zawodu psychologa, pedagoga, logopedy, specjalisty ds. rewalidacji	Własne/ oddane do dyspozycji *
36.		Terapeuta	uprawnienie do wykonywania zawodu psychologa, pedagoga, logopedy, specjalisty ds. rewalidacji	Własne/ oddane do dyspozycji *
37.		Terapeuta	uprawnienie do wykonywania zawodu psychologa, pedagoga, logopedy, specjalisty ds. rewalidacji	Własne/ oddane do dyspozycji *
38.		Terapeuta	uprawnienie do wykonywania zawodu psychologa, pedagoga, logopedy, specjalisty ds. rewalidacji	Własne/ oddane do dyspozycji *
Zadanie II - Opis ośrodka wsparcia osób niepełnosprawnych				
1.	Nazwa i adres ośrodka	.....		Własne/ oddane do dyspozycji *
2.	Wykaz personelu w ośrodku	.....		Własne/ oddane do dyspozycji *

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



3.	Opis ośrodka zgodnie z wymaganiami w opisanym warunku	.....	Własne/ oddane do dyspozycji *
Zadanie III - Opis ośrodka wsparcia osób niepełnosprawnych			
1.	Nazwa i adres ośrodka	.....	Własne/ oddane do dyspozycji *
2.	Wykaz personelu w ośrodku	.....	Własne/ oddane do dyspozycji *
3.	Opis ośrodka zgodnie z wymaganiami w opisanym warunku	.....	Własne/ oddane do dyspozycji *

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)