



Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin

Nr sprawy: ZP-US/09/2020-RPO

Załącznik nr 2 do Ogłoszenia o zamówieniu

.....
(pieczęć wykonawcy)

WYKAZ OSÓB SKIEROWANYCH DO REALIZACJI ZAMÓWIENIA

Ja (my), niżej podpisany(ni)

działając w imieniu i na rzecz :

.....
(pełna nazwa wykonawcy)

.....
(adres siedziby wykonawcy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o postępowaniu prowadzonym w trybie art. 138o ustawy z dnia 29.01.2004 r. Prawo zamówień publicznych na:

„Usługi szkoleń grupowych dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych z powodu choroby otępiennej, realizowane w ramach projektu: „Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej oraz budżetu państwa w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020”,

przedstawiam następujące informacje:

1. CZĘŚĆ 1 – USŁUGA SZKOLENIOWA Z ZAKRESU METOD I TECHNIK TERAPEUTYCZNYCH

| Imię i nazwisko Specjalisty | Informacje na temat kwalifikacji zawodowych i uprawnień, wykształcenia | Doświadczenie w pracy z osobami niesamodzielnymi z powodu chorób otępiennych | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| | | Rodzaj doświadczenia | Podmiot, na rzecz którego wykonywana była usługa | Dokładny okres wykonywania usług (dzień/miesiąc/rok) |
| 1 | 2 * | 3 | 4 | 5 |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |

2. CZĘŚĆ 2 – USŁUGA SZKOLENIOWA Z ZAKRESU OPIEKI I PIELĘGNACJI OSÓB NIESAMODZIELNYCH

| Imię i nazwisko Specjalisty | Informacje na temat kwalifikacji zawodowych i uprawnień, wykształcenia | Doświadczenie w pracy z osobami niesamodzielnymi z powodu chorób otępiennych | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| | | Rodzaj doświadczenia | Podmiot, na rzecz którego wykonywana była usługa | Dokładny okres wykonywania usług (dzień/miesiąc/rok) |
| 1 | 2 * | 3 | 4 | 5 |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |

Zaopiekowani – systemowe wzmacnianie potencjału opiekuńczego rodzin

| | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------|
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |

3. CZĘŚĆ 3 – USŁUGA SZKOLENIOWA Z ZAKRESU KOMUNIKACJI

| Imię i nazwisko Specjalisty | Informacje na temat kwalifikacji zawodowych i uprawnień, wykształcenia | Doświadczenie w pracy z osobami niesamodzielnymi z powodu chorób otępiennych | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| | | Rodzaj doświadczenia | Podmiot, na rzecz którego wykonywana była usługa | Dokładny okres wykonywania usług (dzień/miesiąc/rok) |
| 1 | 2 * | 3 | 4 | 5 |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |

4. CZĘŚĆ 4 – USŁUGA SZKOLENIOWA Z ZAKRESU ASPEKTÓW PRAWNO-SOCJALNYCH

| Imię i nazwisko Specjalisty | Informacje na temat kwalifikacji zawodowych i uprawnień, wykształcenia | doświadczenie w świadczeniu usług z zakresu aspektów prawno-socjalnych | | |
|-----------------------------|--|--|--|--|
| | | Rodzaj doświadczenia | Podmiot, na rzecz którego wykonywana była usługa | Dokładny okres wykonywania usług (dzień/miesiąc/rok) |
| 1 | 2 * | 3 | 4 | 5 |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |

5. CZĘŚĆ 5 – USŁUGA SZKOLENIOWA Z ZAKRESU METOD I TECHNIK RADZENIA SOBIE ZE STRESEM

| Imię i nazwisko Specjalisty | Informacje na temat kwalifikacji zawodowych i uprawnień, wykształcenia | Doświadczenie w świadczeniu usług psychologicznych lub/i psychoterapeutycznych na rzecz opiekunów osób niesamodzielnymi z powodu chorób otępiennych i/lub z niepełnosprawnością i/lub starszych, itp. | | |
|-----------------------------|--|---|--|--|
| | | Rodzaj doświadczenia | Podmiot, na rzecz którego wykonywana była usługa | Dokładny okres wykonywania usług (dzień/miesiąc/rok) |
| 1 | 2 * | 3 | 4 | 5 |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |



Zaopiekowani – systemowe wzmocnienie potencjału opiekuńczego rodzin

| | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------|
| | | | | od .../.../... do .../.../... |
| | | | | od .../.../... do .../.../... |

Jednocześnie oświadczam (my), że osoba, która będzie uczestniczyć w wykonaniu zamówienia (wyżej wymieniona), spełnia wszystkie wymagane przez Zamawiającego warunki określone w Rozdziale IV Ogłoszenia.

*Wykonawca powinien podać informacje, na podstawie których zamawiający będzie mógł ocenić spełnienie warunku.

....., dn.

.....
(podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji wykonawcy, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców)