

.....  
(Nazwa i adres Wykonawcy)

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

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONYWANIU ZAMÓWIENIA**

**„USŁUGI USPRAWNIAJĄCO-REHABILITACYJNE”**

Lp.	Nazwisko i imię	Zakres wykonywanych czynności	Kwalifikacje zawodowe	Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot
1.			<p>— specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej, — fizjoterapeuta, — technik fizjoterapii — lub inny zawód dający wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi z zakresu rehabilitacji. *</p> <p><b>Oraz spełniają łącznie następujące warunki:</b></p> <p>a) spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych; b) posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej; 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. <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>

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

**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)

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

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