**Załącznik nr 8 do SIWZ**

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

*(Nazwa i adres Wykonawcy)*

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

**„****USŁUGI USPRAWNIAJĄCO-REHABILITACYJNE DLA MIESZKAŃCÓW GMINY BUSKO-ZDRÓJ”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** | **Zakres wykonywanych czynności** | **Kwalifikacje zawodowe** | **Osoby będące w dyspozycji wykonawcy/oddane do dyspozycji przez inny podmiot** |
|  |  |  | * specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej, * fizjoterapeuta, * technik fizjoterapii * lub inny zawód dający wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi z zakresu rehabilitacji. \*   **Oraz spełniają łącznie następujące warunki:**   * 1. spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych;   2. posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej;   3. posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.   **Wykształcenie**: min. średnie medyczne, umożliwiające wykonanie zadań z zakresu usług rehabilitacyjnych.  **Doświadczenie**: co najmniej …….. miesięczne doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla osób niesamodzielnych / niepełnosprawnych. | **Własne/  oddane do dyspozycji \*** |
|  |  |  | * specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej, * fizjoterapeuta, * technik fizjoterapii * lub inny zawód dający wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi z zakresu rehabilitacji. \*   **Oraz spełniają łącznie następujące warunki:**   1. spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych; 2. posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej; 3. posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.   **Wykształcenie**: min. średnie medyczne, umożliwiające wykonanie zadań z zakresu usług rehabilitacyjnych.   * **Doświadczenie**: co najmniej …….. miesięczne doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla osób niesamodzielnych / niepełnosprawnych. | **Własne/  oddane do dyspozycji \*** |
|  |  |  | * specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej, * fizjoterapeuta, * technik fizjoterapii * lub inny zawód dający wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi z zakresu rehabilitacji. \*   **Oraz spełniają łącznie następujące warunki:**   1. spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych; 2. posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej; 3. posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.   **Wykształcenie**: min. średnie medyczne, umożliwiające wykonanie zadań z zakresu usług rehabilitacyjnych.   * **Doświadczenie**: co najmniej …….. miesięczne doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla osób niesamodzielnych / niepełnosprawnych. | **Własne/  oddane do dyspozycji \*** |
|  |  |  | * specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej, * fizjoterapeuta, * technik fizjoterapii * lub inny zawód dający wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi z zakresu rehabilitacji. \*   **Oraz spełniają łącznie następujące warunki:**   1. spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych; 2. posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej; 3. posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.   **Wykształcenie**: min. średnie medyczne, umożliwiające wykonanie zadań z zakresu usług rehabilitacyjnych.   * **Doświadczenie**: co najmniej …….. miesięczne doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla osób niesamodzielnych / niepełnosprawnych. | **Własne/  oddane do dyspozycji \*** |
|  |  |  | * specjalista w zakresie rehabilitacji medycznej, * fizjoterapeuta, * technik fizjoterapii * lub inny zawód dający wiedzę i umiejętności pozwalające świadczyć określone specjalistyczne usługi z zakresu rehabilitacji. \*   **Oraz spełniają łącznie następujące warunki:**   1. spełnia wymogi określone w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych; 2. posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia w zakresie udzielania pierwszej pomocy lub pomocy przedmedycznej; 3. posiada zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania pracy w ramach świadczenia specjalistycznych usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania.   **Wykształcenie**: min. średnie medyczne, umożliwiające wykonanie zadań z zakresu usług rehabilitacyjnych.   * **Doświadczenie**: co najmniej …….. miesięczne doświadczenie zawodowe w świadczeniu usług rehabilitacyjnych dla osób niesamodzielnych / niepełnosprawnych. | **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)