

Wykaz osób, które będą uczestniczyć w realizacji zadania

„Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie gminy Cieszyn”

1. ZAMAWIAJĄCY: Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej, ul. Skrajna 5, 43-400 Cieszyn
2. WYKONAWCA:

OŚWIADCZAM(Y), ŻE:

1) Następujące osoby będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia:

l. p.	Imię i nazwisko	Rodzaj wykonywanej czynności	Informacje o kwalifikacjach zawodowych, doświadczeniu i wykształceniu	Informacja o podstawie do dysponowania wskazaną osobą/osobami (np. umowa o pracę, umowa zlecenie, poleganie na osobach innego podmiotu, itp.)
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				

- 2) Osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia, posiadają wymagane uprawnienia.
- 3) Osoby, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia podpisały zobowiązanie do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w trakcie realizacji usług, przekazanych przez: wykonawcę, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Cieszynie lub Świadczeniobiorcę, ze szczególnym uwzględnieniem danych osobowych świadczeniobiorców podlegających ochronie na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
- 4) Wymienione w wykazie osoby, posiadają stan zdrowia pozwalający na świadczenie danego typu usług, w tym ciężkich prac fizycznych, a zatrudnione przez wykonawcę osoby z orzeczoną niepełnosprawnością przedstawiły świadectwo wystawione przez lekarza medycyny pracy potwierdzające ich zdolność do świadczenia usług.

.....
(miejscowość)

.....
(data)

.....
podpis(y) upoważnionego(ch) przedstawiciela(i) wykonawcy(ów)