Nr sprawy: OPS.271.5.2024

Załącznik nr 5 do SWZ

.....

(nazwa firmy /

pieczęć adresowa firmy wykonawcy)

WYKAZ OSÓB*,

które będą uczestniczyć w wykonaniu zamówienia na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu oraz przyznania punktów w ramach kryterium wyboru oferty

Poniższy wykaz przedkładam na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Świadczenie usług asystenta osobistego osoby z niepełnosprawnością, będącej mieszkańcem Gminy Bobrowniki, w ramach programu „Asystent osobisty osoby z niepełnosprawnością" – edycja 2025

Lp.	Nazwisko i Imię asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej / podstawa dysponowania	Informacje na temat kwalifikacji niezbędnych do wykonania przedmiotu zamówienia		
		Posiadane wykształcenie	Kwalifikacje zawodowe, uprawnienia	Doświadczenie w udzielaniu bezpośredniej pomocy osobom niepełnosprawnym
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

*** zgodnie z oświadczeniem pkt 3.7) załącznika Nr 1 do SWZ.**

Uwaga
W oparciu o wykazane informacje w powyższej tabeli Zamawiający oceni spełnienie warunku udziału w postępowaniu oraz przyzna punkty w zakresie kryterium nr 2 – doświadczenie osób bezpośrednio realizujących usługi asystenckie i oferta otrzyma punkty według następującej zasady:

- ***25*** *pkt. otrzyma Wykonawca, który przedstawi wykaz osób, spośród których co najmniej* ***4*** *posiadają 3-letnie i większe doświadczenie w zakresie udzielania bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym,*
- ***10*** *pkt. otrzyma Wykonawca, który przedstawi wykaz osób, spośród których co najmniej* ***3*** *posiada 3-letnie i większe doświadczenie w zakresie udzielania bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym,*
- ***5*** *pkt. otrzyma Wykonawca, który przedstawi wykaz osób, spośród których co najmniej* ***2*** *posiada 3-letnie i większe doświadczenie w zakresie udzielania bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym,*
- ***0*** *pkt. otrzyma podmiot, który przedstawi wykaz osób, spośród których mniej niż 2 posiada 3-letnie i większe doświadczenie w zakresie udzielania bezpośredniej pomocy/opieki osobom niepełnosprawnym.*

UWAGA! Dokument musi być złożony pod rygorem nieważności w formie elektronicznej opatrzony podpisem zaufanym, podpisem osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym *(zgodnie z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 30 grudnia 2020 r. w sprawie sposobu sporządzania i przekazywania informacji oraz wymagań technicznych dla dokumentów elektronicznych oraz środków komunikacji elektronicznej w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego lub konkursie).*