

Miejsko-Gminny Ośrodek  
Pomocy Społecznej  
ul. Ks. P. Wawrzyniaka 10  
63-600 Kępno

**WYKAZ OSÓB, KÓTRE BĘDĄ ŚWIADCZYĆ SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE  
DLA OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI**

Ja (My), niżej podpisany(-i)

.....  
.....  
.....

działając w imieniu i na rzecz (nazwa /firma/ i adres Wykonawcy)

.....  
.....  
.....

Ubiegając się o udzielenie zamówienia publicznego na usługi społeczne na zadanie pn.: „**Świadczenie specjalistycznych usług opiekuńczych dla osób z zaburzeniami psychicznymi**”, oświadczam(-y), iż przedmiotowe usługi będą wykonywane w miejscu zamieszkania świadczeniobiorców, na terenie Miasta i Gminy Kępno, w okresie od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. przez niżej wymienione osoby:

| <b>Lp.</b> | <b>Imię i nazwisko<br/>i adres zamieszkania<br/>(kod pocztowy<br/>i miejscowość)</b> | <b>Kwalifikacje zawodowe<br/>w zakresie określonym<br/>w rozporządzeniu<br/>w sprawie specjalistycznych<br/>usług opiekuńczych*</b> | <b>Przeszkolenie<br/>i doświadczenie<br/>w zakresie<br/>określonym<br/>w rozporządzeniu<br/>w sprawie<br/>specjalistycznych<br/>usług opiekuńczych*</b> | <b>Stanowisko (funkcja)<br/>w realizacji zamówienia<br/>publicznego</b> | <b>Informacje<br/>o podstawie<br/>dysponowania<br/>wskazaną osobą</b> |
|------------|--|---|---|---|---|
|            |  |   |   |   |   |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

....., dnia ..... 2020 r.  
(*miejsowość*)

.....  
*podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)  
do reprezentowania Wykonawcy*

\* rozporządzenie Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. Nr 189, poz. 1598 ze zm.)