**Załącznik nr 8 do SWZ**

**WYKAZ OSÓB**

**SKIEROWANYCH PRZEZ WYKONAWCĘ DO REALIZACJI PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

**Pełna nazwa Podmiotu udostępniającego zasoby ……………….………………………………………**

**Adres ………………………………..................….………………………..…..…………………………..……**

**NIP - ................................................................, REGON - .......................................................................**

**Reprezentowany przez: ………………………………..…..................................................……….……..**

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie podstawowym bez negocjacji, pn. **Dostawa opasek bezpieczeństwa z systemem teleopieki i monitoringu na rzecz osób   
w wieku 65 lat i więcej w ramach projektu „Polityka Senioralna EFS+”,** Znak sprawy **DSP.TP.2311.43.2024,** oświadczam co następuje:

Oświadczam/-my, że osobą skierowaną do realizacji przedmiotu zamówienia będzie Pani/Pan:

* 1. **Osoba do świadczenia usług w ramach Centrum teleopieki medycznej Nr 1**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * **ratownika medycznego** posiadającego kwalifikacje określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2024 r., poz. 652 ze zm.),   **lub**   * **opiekuna medycznego** posiadającego kwalifikacje określone dyplom w zawodzie opiekuna medycznego (Kształcenie w zawodzie opiekuna medycznego kończy się egzaminem zawodowym organizowanym przez Okręgowe Komisje Egzaminacyjne. Osoby, które zdadzą egzamin otrzymują dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego lub świadectwo potwierdzające kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego). Zawód opiekuna medycznego jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, ze zm.) pod symbolem 532102 w ramach grupy: Pracownicy opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewni; Pomocniczy personel medyczny (symbol 5321),   **lub**   * **pielęgniarki/pielęgniarza** posiadającego kwalifikacje określone aktualne prawo do wykonywania zawodu, legitymowanie się wpisem do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) prowadzonego przez Naczelna Radę Pielęgniarek i Położnych w formie elektronicznej na podstawie art. 43 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2024 r. poz. 814 ze zm.). |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..
  1. **Osoba do świadczenia usług w ramach Centrum teleopieki medycznej Nr 2**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * **ratownika medycznego** posiadającego kwalifikacje określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2024 r., poz. 652 ze zm.),   **lub**   * **opiekuna medycznego** posiadającego kwalifikacje określone dyplom w zawodzie opiekuna medycznego (Kształcenie w zawodzie opiekuna medycznego kończy się egzaminem zawodowym organizowanym przez Okręgowe Komisje Egzaminacyjne. Osoby, które zdadzą egzamin otrzymują dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego lub świadectwo potwierdzające kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego). Zawód opiekuna medycznego jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, ze zm.) pod symbolem 532102 w ramach grupy: Pracownicy opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewni; Pomocniczy personel medyczny (symbol 5321),   **lub**   * **pielęgniarki/pielęgniarza** posiadającego kwalifikacje określone aktualne prawo do wykonywania zawodu, legitymowanie się wpisem do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) prowadzonego przez Naczelna Radę Pielęgniarek i Położnych w formie elektronicznej na podstawie art. 43 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2024 r. poz. 814 ze zm.). |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..
  1. **Osoba do świadczenia usług w ramach Centrum teleopieki medycznej Nr 3**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * **ratownika medycznego** posiadającego kwalifikacje określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2024 r., poz. 652 ze zm.),   **lub**   * **opiekuna medycznego** posiadającego kwalifikacje określone dyplom w zawodzie opiekuna medycznego (Kształcenie w zawodzie opiekuna medycznego kończy się egzaminem zawodowym organizowanym przez Okręgowe Komisje Egzaminacyjne. Osoby, które zdadzą egzamin otrzymują dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego lub świadectwo potwierdzające kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego). Zawód opiekuna medycznego jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, ze zm.) pod symbolem 532102 w ramach grupy: Pracownicy opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewni; Pomocniczy personel medyczny (symbol 5321),   **lub**   * **pielęgniarki/pielęgniarza** posiadającego kwalifikacje określone aktualne prawo do wykonywania zawodu, legitymowanie się wpisem do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) prowadzonego przez Naczelna Radę Pielęgniarek i Położnych w formie elektronicznej na podstawie art. 43 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2024 r. poz. 814 ze zm.). |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..
  1. **Osoba do świadczenia usług w ramach Centrum teleopieki medycznej Nr 4**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * **ratownika medycznego** posiadającego kwalifikacje określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2024 r., poz. 652 ze zm.),   **lub**   * **opiekuna medycznego** posiadającego kwalifikacje określone dyplom w zawodzie opiekuna medycznego (Kształcenie w zawodzie opiekuna medycznego kończy się egzaminem zawodowym organizowanym przez Okręgowe Komisje Egzaminacyjne. Osoby, które zdadzą egzamin otrzymują dyplom potwierdzający kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego lub świadectwo potwierdzające kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego). Zawód opiekuna medycznego jest wymieniony w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. z 2018 r. poz. 227, ze zm.) pod symbolem 532102 w ramach grupy: Pracownicy opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewni; Pomocniczy personel medyczny (symbol 5321),   **lub**   * **pielęgniarki/pielęgniarza** posiadającego kwalifikacje określone aktualne prawo do wykonywania zawodu, legitymowanie się wpisem do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) prowadzonego przez Naczelna Radę Pielęgniarek i Położnych w formie elektronicznej na podstawie art. 43 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2024 r. poz. 814 ze zm.). |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..
  1. **Osoba do świadczenia usług Koordynatora mobilnego Nr 1**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe przy realizacji usług teleopieki lub pracy z osobami lub usług związanych z opieką nad osobami starszymi/niepełnosprawnymi, * posiadająca ukończony kurs pierwszej pomocy lub kur pierwszej pomocy przedmedycznej. |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..
  1. **Osoba do świadczenia usług Koordynatora mobilnego Nr 2**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe przy realizacji usług teleopieki lub pracy z osobami lub usług związanych z opieką nad osobami starszymi/niepełnosprawnymi, * posiadająca ukończony kurs pierwszej pomocy lub kur pierwszej pomocy przedmedycznej. |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..
  1. **Osoba do świadczenia usług Koordynatora mobilnego Nr 3**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe przy realizacji usług teleopieki lub pracy z osobami lub usług związanych z opieką nad osobami starszymi/niepełnosprawnymi, * posiadająca ukończony kurs pierwszej pomocy lub kur pierwszej pomocy przedmedycznej. |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..
  1. **Osoba do świadczenia usług Koordynatora mobilnego Nr 4**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe przy realizacji usług teleopieki lub pracy z osobami lub usług związanych z opieką nad osobami starszymi/niepełnosprawnymi, * posiadająca ukończony kurs pierwszej pomocy lub kur pierwszej pomocy przedmedycznej. |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..
  1. **Osoba do świadczenia usług Koordynatora mobilnego Nr 5**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe przy realizacji usług teleopieki lub pracy z osobami lub usług związanych z opieką nad osobami starszymi/niepełnosprawnymi, * posiadająca ukończony kurs pierwszej pomocy lub kur pierwszej pomocy przedmedycznej. |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..
  1. **Osoba do świadczenia usług Koordynatora mobilnego Nr 6**

|  |
| --- |
| **Imię i nazwisko osoby skierowanej do realizacji zamówienia – wykonywany zawód** |
|  |
| **Wykształcenie i doświadczenie osoby skierowanej do realizacji zamówienia**  (podać tytuł i nazwę kierunku/kierunków ze wskazaniem Uczelni wraz z podaniem stopnia/tytułu naukowego oraz doświadczenie)  Zamawiający wymaga dysponowania następującymi osobami:   * co najmniej 2-letnie doświadczenie zawodowe przy realizacji usług teleopieki lub pracy z osobami lub usług związanych z opieką nad osobami starszymi/niepełnosprawnymi, * posiadająca ukończony kurs pierwszej pomocy lub kur pierwszej pomocy przedmedycznej. |
|  |

**Ponadto informuję/-emy, że osobą wskazaną do realizacji przedmiotu zamówienia dysponujemy o na podstawie (*zaznaczyć właściwe*):**

* samodzielne świadczenie usługi przez Wykonawcę;
* osoba będąca w dyspozycji Wykonawcy;
* osoba udostępniona przez inny podmiot, tj. ……………………………………………………..

***Oświadczenie składane jest w formie elektronicznej opatrzonej kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub   
w postaci elektronicznej opatrzonej podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***