**Załącznik nr 7 do SWZ**

WYKAZ USŁUG

na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu zdolności technicznej lub zawodowej określonej w Rozdziale VIII ust. 2 pkt 4 lit. 1 SWZ

# Składając ofertę w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego pn. **„**Świadczenie usługi opieki wytchnieniowej – pobyt dzienny i całodobowy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością z terenu miasta Kętrzyn w ramach Programu „Opieka wytchnieniowa” dla Jednostek Samorządu Terytorialnego – edycja 2024. Zadanie realizowane w ramach Funduszu Solidarnościowego.

# znak sprawy: KIS.2612.4.2024

oświadczam (-y), że:

1. **zrealizowałem (-liśmy) następujące usługi (na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu (dotyczy części 1 i 2):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot, na rzecz którego usługa była wykonywana | | Zakres usług | |
| Opis doświadczenia wskazywanego w celu wykazania spełniania warunku | | | | |
| 1. | | ………………… | | Zakres zrealizowanych usług:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  wartość zamówienia: …………………… zł brutto  okres wykonania usług: od ……do……..  liczba zrealizowanych godzin usług opieki wytchnieniowej pobyt dzienny w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością : …………..  liczba zrealizowanych dni usług opieki wytchnieniowej pobyt całodobowy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością :…….  liczba osób objętych usługami opiekuńczymi w ramach opieki wytchnieniowej pobyt dzienny/ całodobowy w każdym zamówienia: ……  liczba godzin/ dni usług zrealizowanych przez okres nie krótszy niż 9 miesięcy w każdym zamówieniu: ……………………………………… |
| 2. | | ………………… | | Zakres zrealizowanych usług:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……  wartość zamówienia: …………………… zł brutto  okres wykonania usług: od ……do……..  liczba zrealizowanych godzin usług opieki wytchnieniowej pobyt dzienny w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością : …………..  liczba zrealizowanych dni usług opieki wytchnieniowej pobyt całodobowy w miejscu zamieszkania osoby z niepełnosprawnością :…….  liczba osób objętych usługami opiekuńczymi w ramach opieki wytchnieniowej pobyt dzienny/ całodobowy w każdym zamówienia: ……  liczba godzin/ dni usług zrealizowanych przez okres nie krótszy niż 9 miesięcy w każdym zamówieniu: ……………………………………… |

Uwaga! Zgodnie z Rozdziałem X ust.. 5 pkt. 1 lit. a SWZ do wykazu należy dołączyć dowody, że usługi wskazane w wykazie zostały wykonane należycie.

…………………………..

( dane adresowe Wykonawcy)

**Oświadczenie wykonawcy w zakresie posiadania doświadczenia przez opiekunów/ opiekunki skierowanych do realizacji przedmiotu zamówienia**

Oświadczam, iż osoby wskazane do realizacji przedmiotu zamówienia posiadają doświadczenie w świadczeniu usług opiekuńczych w okresie ostatnich 5 lat

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko opiekuna oddelegowanego do realizacji przedmiotu zamówienia | Opis przedmiotu zamówienia (usługi)[[1]](#footnote-1) [[2]](#footnote-2)  Opis usługi zawierający określone przedmiotu zrealizowanej lub realizowanej usługi | Data realizacji usługi  od(dd/mm/rrrr) do (dd/mm/rrrr) | Czas trwania  (podać liczbę pełnych miesięcy) | Wartość  zamówienia  (PLN brutto) | Nazwa Zamawiającego/ Zleceniodawcy/Adres | Usługa własna/innego podmiotu[[3]](#footnote-3) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Uwaga! Zgodnie z Rozdziałem X ust. 5 pkt. 1 lit. b SWZ do wykazu należy dołączyć dowody potwierdzające doświadczenie zawodowe wskazanych opiekunów/ opiekunek

1. Należy wskazać zrealizowaną usługę. Należy wskazać obowiązki w trakcie przygotowania i organizacji usługi. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy załączyć dowody potwierdzające, że usługi wskazane w wykazie wykonywanych usług – zostały wykonane należycie. [↑](#footnote-ref-2)
3. Należy podać czy przedmiot zamówienia był realizowany samodzielnie, czy też Wykonawca polega na wiedzy i doświadczeniu innych podmiotów, zobowiązany jest udowodnić Zamawiającemu, iż będzie dysponował zasobami tego podmiotu niezbędnymi do realizacji zamówienia [↑](#footnote-ref-3)