

Załącznik nr 6

Nazwa Wykonawcy:

Adres Wykonawcy:

E-mail:

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA OSÓB SKIEROWANYCH PRZEZ ZAMAWIAJĄCEGO
DO REALIZACJI SPECJALISTYCZNYCH USŁUG OPIEKUŃCZYCH DLA OSÓB Z
ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI:**

Oświadczam, że osoby wskazane do realizacji zamówienia posiadają następujące doświadczenie zawodowe:

LP.	Imię nazwisko osoby skierowanej do wykonania zamówienia	Osoby świadczące specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi muszą posiadać co najmniej półroczny staż w jednej z następujących jednostek: Szpital psychiatryczny, jednostce organizacyjnej pomocy społecznej dla osób z zaburzeniami psychicznymi, placówce terapii lub placówce oświatowej, do której uczęszczają dzieci z zaburzeniami rozwoju lub upośledzeniem umysłowym, ośrodku terapeutyczno-edukacyjno- wychowawczym, zakładzie rehabilitacji, i innej jednostce niż wyżej wymienione, świadczące specjalistyczne usługi opiekuńcze dla osób z zaburzeniami psychicznymi
1.		Posiada/nie posiada*
2.		Posiada/nie posiada*
3.		Posiada/nie posiada*
4.		Posiada/nie posiada*
5.		Posiada/nie posiada*
6.		Posiada/nie posiada*
7.		Posiada/nie posiada*
8.		Posiada/nie posiada*
9.		Posiada/nie posiada*
10.		Posiada/nie posiada*

11.		Posiada/nie posiada*
12.		Posiada/nie posiada*
13.		Posiada/nie posiada*
14.		Posiada/nie posiada*
15.		Posiada/nie posiada*
16.		Posiada/nie posiada*
17.		Posiada/nie posiada*
18.		Posiada/nie posiada*
19.		Posiada/nie posiada*
20.		Posiada/nie posiada*

* - niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy